Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada

Recherche, politiques et pratiques

Volume 36 · numéro 12 · décembre 2016

Numéro spécial : Troubles de l'humeur et d'anxiété, partie I

Dans ce volume

305 Introduction – Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada, 2014 – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété

307 Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété, 2014 : aperçu de la méthodologie

322 État de santé, limitations d'activité, restrictions professionnelles et degré d'invalidité chez les Canadiens atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété

336 Corrélats du bien-être chez les Canadiens présentant des troubles de l'humeur ou d'anxiété

349 Note de synthèse – Les troubles anxieux et de l'humeur au Canada, 2016

351 Aperçu – Blessures associées aux planches gyroscopiques traitées dans les services d'urgence au Canada : plate-forme électronique du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes, 2015-2016

353 Autres publications de l'ASPC

Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.
— Agence de la santé publique du Canada

Publication autorisée par le ministre de la Santé.
© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé, 2016

ISSN 2368-7398
Pub. 150135
Journal_HPCDP-Revue_PSPMC@phac-aspc.gc.ca

Also available in English under the title: *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*

Les lignes directrices pour la présentation de manuscrits à la revue ainsi que les renseignements sur les types d'articles sont disponibles à la page : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hpcdp-pspmc/autinfo-fra.php

Indexée dans Index Medicus/MEDLINE, SciSearch® et Journal Citation Reports/Science Edition

Agence de la santé publique du Canada · Public Health Agency of Canada

Canada

Introduction

Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada, 2014 – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété

J. Toews, B.A.; L. McRae, B. Sc.; S. O'Donnell, M. Sc.

Diffuser cet article sur Twitter

Bien que les troubles de l'humeur et d'anxiété soient parmi les types de troubles mentaux les plus répandus au Canada, on manque de données à jour sur leurs répercussions et sur les approches adoptées pour les gérer. Pour combler ces lacunes, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), en collaboration avec Statistique Canada et d'autres experts, a réalisé en 2014 l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété (EPMCC-THA)[1].

L'EPMCC-THA de 2014 est la seule enquête nationale visant à recueillir des renseignements sur les expériences des Canadiens ayant reçu un diagnostic de trouble de l'humeur ou d'anxiété par un professionnel de la santé. Elle fournit de l'information détaillée sur une grande variété de sujets en lien avec les troubles de l'humeur et d'anxiété, notamment les répercussions attribuables à ces troubles sur les activités courantes et professionnelles, les approches médicales et individuelles adoptées pour les gérer ainsi que les obstacles aux soins et à l'autogestion. De plus, comme il s'agit d'une enquête transversale menée à titre de suivi de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2013, les réponses ont été liées à celles de l'ESCC pour créer un ensemble de données encore plus riche, intégrant de l'information supplémentaire en matière de santé comme les affections concomitantes, les comportements liés au mode de vie et les déterminants de la santé.

C'est avec plaisir que nous publions, dans ce numéro spécial sur les troubles de l'humeur et d'anxiété, trois articles originaux que l'ASPC, en collaboration avec des experts externes, a rédigés à l'aide des données tirées de l'EPMCC-THA de 2014. Ces articles fournissent de nouvelles données sur les expériences des adultes canadiens ayant reçu un diagnostic de trouble de l'humeur ou d'anxiété par un professionnel de la santé, en mettant l'accent sur les principaux facteurs sociodémographiques dont on sait qu'ils ont une influence sur les résultats en santé.

Dans leur article « Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété, 2014 : aperçu de la méthodologie »[2], O'Donnell et ses collaborateurs offrent un aperçu méthodologique de l'EPMCC-THA de 2014. Ils fournissent une description des divers éléments de l'enquête : objectifs, élaboration du contenu, évaluation qualitative, population cible, stratégie d'échantillonnage, collecte et traitement des données, qualité des données, confidentialité et considérations d'ordre éthique. Ils prévoient en outre une analyse des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon final. L'information présentée permet au lecteur de mieux comprendre et d'interpréter les résultats obtenus dans les autres articles faisant appel aux données de l'EPMCC-THA de 2014.

L'article de Loukine et ses collaborateurs, « État de santé, limitations d'activité, restrictions liées au travail et degré d'invalidité chez les Canadiens atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété »[3], fournit une vue d'ensemble de l'état de santé générale et mentale, des activités courantes et professionnelles ainsi que du degré d'incapacité des adultes canadiens ayant des troubles de l'humeur ou d'anxiété. Les auteurs soulignent l'ampleur des effets de ces troubles sur la santé et repèrent les sous-populations les plus susceptibles de présenter une incapacité grave. Par ailleurs, leurs résultats confirment le rôle des politiques et des programmes de santé publique dans l'amélioration de la vie des personnes atteintes de ces troubles, en insistant sur celles qui présentent à la fois des troubles de l'humeur et des troubles d'anxiété.

Dans « Corrélats du bien-être chez les Canadiens présentant des troubles de l'humeur ou d'anxiété »[4], Orpana et ses collaborateurs examinent les facteurs associés au bien-être (mesurés par l'autoévaluation de la santé mentale et de la satisfaction à l'égard de la vie) chez les adultes canadiens atteints de troubles de l'humeur ou d'anxiété. Leurs résultats permettent de mieux comprendre ces facteurs et font la preuve qu'atteindre le bien-être est possible même en présence d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété. Des stratégies d'adaptation saines et un réseau solide de soutien social perçu sont les corrélats importants d'un bien-être positif.

D'autres analyses permettront d'aborder la gestion des troubles de l'humeur et d'anxiété, notamment le délai jusqu'au diagnostic, l'autogestion par l'exercice ou l'activité physique et le recours à des médicaments d'ordonnance et à des services de

Rattachement des auteurs :

Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Jennette Toews, Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Centre de prévention des maladies chroniques, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, IA 6807B, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-355-1658; téléc. : 613-941-2057; courriel : jennette.toews@phac-aspc.gc.ca

counseling psychologique. Le choix des thèmes pour ce numéro comme pour les études à venir a été orienté par les priorités de l'ASPC en matière de surveillance et par les priorités stratégiques du Canada décrites dans *Changer les orientations, changer des vies : stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*[5].

L'EPMCC-THA de 2014 est la première enquête à fournir, à l'aide d'un échantillon de ménages tirés de la population, des données sur les expériences des adultes canadiens ayant reçu un diagnostic de trouble de l'humeur ou d'anxiété par un professionnel de la santé. Nous sommes persuadés que les articles de ce numéro spécial intéresseront un vaste public, que ce soit les responsables des politiques et les décideurs, les professionnels de la santé mentale et des maladies mentales, les organisations non gouvernementales, les membres du grand public ou les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur et d'anxiété, leurs familles et leurs soignants. En outre, les conclusions de ces articles ouvrent sur des pistes à suivre dans des domaines où un soutien et des interventions accrus pourraient être nécessaires et fournissent de nouvelles données au service de la recherche en santé publique dans le domaine des maladies mentales.

Références

1. Statistique Canada. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada (EPMCC) – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété, 2014 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; [18 octobre 2013; consultation le 6 septembre 2016]. En ligne à la page : http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5160

2. O'Donnell S, Cheung R, Bennett K, Lagacé C. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété, 2014 : aperçu de la méthodologie. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2016;36(12):307-21.

3. Loukine L, O'Donnell S, Goldner EM, McRae L, Allen H. État de santé, limitations fonctionnelles, restrictions liées au travail et degré d'invalidité chez les Canadiens atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2016;36(12):322-35.

4. Orpana H, Vachon J, Pearson C, Elliott K, Smith M, Branchard B. Corrélats du bien-être chez les Canadiens présentant des troubles de l'humeur ou d'anxiété. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2016;36(12):336-48.

5. Commission de la santé mentale du Canada. Changer les orientations, changer des vies : stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Calgary (Alb.) : Commission de la santé mentale du Canada; 2012.

Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété, 2014 : aperçu de la méthodologie

S. O'Donnell, M. Sc. (1); R. Cheung, Ph. D. (1); K. Bennett, Ph. D. (2); C. Lagacé, M. Sc. (1)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction : Il existe peu de données à propos des répercussions des troubles de l'humeur et d'anxiété sur les Canadiens et sur la gestion de ces troubles. L'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété (EPMCC-THA) de 2014 a été élaborée pour combler les lacunes à ce chapitre. Le but du présent article est de décrire la méthodologie de l'EPMCC-THA de 2014 et de présenter les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon final.

Méthodologie : L'EPMCC-THA de 2014 est une enquête transversale de suivi menée auprès de Canadiens des 10 provinces âgés de 18 ans et plus qui souffrent d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété diagnostiqué par un professionnel de la santé et dont on s'attend à ce qu'il dure (ou durant depuis déjà) six mois ou plus. L'enquête a été élaborée par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) au moyen d'un processus itératif et consultatif avec Statistique Canada et des experts externes. Statistique Canada a mis à l'essai le contenu, a conçu la base et les stratégies d'échantillonnage et a recueilli et traité les données. L'ASPC a procédé à des analyses descriptives pour déterminer les caractéristiques sociodémographiques des répondants, a produit des estimations représentatives à l'échelle nationale à l'aide des coefficients de pondération fournis par Statistique Canada et a produit des estimations de la variance à l'aide de la méthode *bootstrap*.

Résultats : L'échantillon final de l'EPMCC-THA de 2014 était constitué de 3 361 répondants (taux de réponse de 68,9 %). Parmi ceux qui vivaient avec un trouble de l'humeur ou d'anxiété, près des deux tiers (64 %) étaient des femmes, plus de la moitié (56 %) étaient mariés ou vivaient en union libre et 60 % avaient obtenu un diplôme d'études postsecondaires. La plupart étaient jeunes ou d'âge moyen (85 %), étaient nés au Canada (88 %), étaient non Autochtones (95 %) et vivaient en milieu urbain (82 %). Le revenu du ménage était distribué assez également entre les quintiles de suffisance du revenu avec cependant un revenu déclaré plus souvent dans le quintile le plus bas (23 %) que dans le plus haut (17 %). Quarante-cinq pour cent ont déclaré avoir un trouble de l'humeur seulement, 24 %, un trouble d'anxiété seulement et 31 %, les deux types de trouble.

Conclusion : L'EPMCC-THA de 2014 est la seule enquête nationale auprès des ménages ayant recueilli de l'information sur les expériences des Canadiens avec un trouble de l'humeur ou d'anxiété diagnostiqué par un professionnel de la santé. Cette information permet de déterminer les secteurs où un soutien ou des interventions supplémentaires pourraient être requis et fournit un support aux futurs travaux de recherche en santé publique dans le domaine des maladies mentales.

Points saillants

- L'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété (EPMCC-THA) de 2014 est la seule enquête populationnelle nationale auprès des ménages qui, à ce jour, a recueilli de l'information sur les expériences des Canadiens qui vivent avec un trouble de l'humeur ou d'anxiété diagnostiqué par un professionnel de la santé.
- Au total, 3 361 répondants (taux de réponse de 68,9 %) ont répondu à cette enquête, qui traitait d'un vaste éventail de sujets, dont le diagnostic, les répercussions sur les activités habituelles et les activités liées au travail, le stress, le sommeil, les relations sociales, les contacts avec des professionnels de la santé et les recommandations de ces derniers, la consommation de médicaments, les consultations psychologiques et les pratiques d'autogestion.
- L'information recueillie permet de déterminer les secteurs dans lesquels un soutien ou des interventions supplémentaires pourraient être requis. Les conclusions de l'enquête constituent aussi un support pour les futurs travaux de recherche en santé publique dans le domaine des maladies mentales.

Mots-clés : *troubles de l'humeur, troubles d'anxiété, répercussions sur la santé mentale, gestion des maladies, méthodologie d'enquête, enquêtes en santé, surveillance des populations, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada*

Rattachement des auteurs :

1. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. Département d'épidémiologie clinique et de biostatistique, Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada

Correspondance : Siobhan O'Donnell, Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Centre de prévention des maladies chroniques, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, 785, av. Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-301-7325; téléc. : 613-941-2057; courriel : siobhan.odonnell@phac-aspc.gc.ca

Introduction

Les troubles de l'humeur et d'anxiété sont les principaux problèmes de santé mentale qui touchent les Canadiens[1]. En 2013, selon les estimations, 3 millions de personnes (11,6 %) âgées de 18 ans ou plus affirmaient souffrir d'un de ces troubles ou des deux[2]. Les troubles de l'humeur se caractérisent par une instabilité de l'humeur et comprennent les troubles dépressifs et les troubles bipolaires. Les troubles d'anxiété se caractérisent par un sentiment excessif et persistant d'inquiétude et de peur et comprennent le trouble d'anxiété généralisée, les phobies spécifiques, le trouble d'anxiété sociale, l'agoraphobie, le trouble obsessionnel-compulsif, le trouble panique et le trouble de stress post-traumatique[3]. Les troubles de l'humeur et les troubles d'anxiété sont souvent concomitants[4-9] et sont également fréquemment associés à d'autres troubles mentaux (par exemple un trouble lié à l'abus de substances ou un trouble du contrôle des impulsions)[9-11].

L'incapacité associée aux troubles de l'humeur et d'anxiété peut être profonde, nuire aux activités habituelles et à la capacité de conserver un emploi et perturber les relations avec les amis et les membres de la famille[1]. Heureusement, des soins professionnels couplés à des stratégies actives d'autogestion peuvent réduire les répercussions de ces troubles et améliorer le bienêtre des personnes qui en souffrent[12]. Il existe encore toutefois de nombreux obstacles à l'accès à des traitements efficaces[13]. Une forte proportion de personnes aux prises avec ces troubles ne tentent pas d'obtenir des soins, et le diagnostic n'est donc pas posé. Par ailleurs, selon les observations faites à l'échelle mondiale, une forte proportion de ceux qui tentent d'obtenir des soins reçoivent un traitement sous-optimal ou n'en reçoivent aucun[14-17]. Le manque de connaissances, les attitudes ou croyances et la crainte de la stigmatisation en ce qui concerne les maladies mentales et leur traitement sont parmi les facteurs qui incitent le plus souvent à ne pas tenter d'obtenir des soins; les obstacles pratiques tels que le manque de temps, les coûts et l'accès aux services de santé mentale sont des motifs moins souvent évoqués[18,19].

À l'heure actuelle, il manque d'information à jour sur les expériences des Canadiens qui vivent avec des troubles de l'humeur et d'anxiété, les répercussions sur leurs activités habituelles et leurs activités professionnelles et sur les méthodes de gestion de ces troubles. C'est pour combler ces lacunes que l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), en collaboration avec Statistique Canada, a mené l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété (EPMCC-THA)[20] de 2014.

L'ASPC a commencé à élaborer l'EPMCC en 2006 en raison du manque d'information concernant certaines maladies chroniques. Les lacunes spécifiques recensées étaient l'atténuation des symptômes, l'éducation en matière de santé, l'autogestion, les soins cliniques, les interventions à visée préventive et les facteurs qui influent sur l'observance du traitement et les comportements liés à la santé. Entre 2009 et 2011, l'EPMCC a permis de recueillir des données sur l'hypertension, l'arthrite, les maladies respiratoires chroniques et le diabète et, en 2014, elle a porté sur les troubles de l'humeur et d'anxiété. Ces maladies ont été choisies en fonction de leur prévalence, de leur importance pour la santé publique et de la surveillance prioritaire exercée par l'ASPC.

À titre d'introduction à une série d'articles originaux traitant de différents aspects de la vie des Canadiens aux prises avec un trouble de l'humeur ou d'anxiété à partir des données de l'EPMCC-THA de 2014, cet article décrit les objectifs et la méthodologie de l'enquête et présente les caractéristiques de l'échantillon final.

Méthodologie

L'EPMCC-THA de 2014, une enquête transversale de suivi de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Composante annuelle de 2013, a été menée auprès de Canadiens de 18 ans ou plus atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété autodéclaré diagnostiqué par un professionnel de la santé[21]. L'ESCC, une enquête transversale annuelle, permet de recueillir de l'information concernant divers aspects de la santé dans la population canadienne, dont plusieurs maladies chroniques autodéclarées diagnostiquées par un professionnel de la santé[22]. L'ESCC peut ainsi être utilisée pour déterminer la prévalence de ces maladies chroniques au sein de la population canadienne. Elle sert aussi de base d'échantillonnage pour l'EPMCC et de source additionnelle de données sociodémographiques et de données en santé, étant donné que les réponses à l'EPMCC sont jumelées à celles de l'ESCC.

Le but principal de l'EPMCC-THA de 2014 était de fournir des renseignements détaillés sur un large éventail de sujets liés aux expériences des Canadiens atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété diagnostiqué par un professionnel de la santé, ce qui est impossible dans une enquête sur la santé en population générale telle que l'ESCC. Ainsi, l'EPMCC-THA de 2014 a permis de recueillir de l'information concernant les répercussions du trouble de santé mentale des répondants (p. ex. limitations des activités habituelles et des activités liées au travail attribuables au trouble) et les méthodes de gestion employées (médicaments, consultations psychologiques, stratégies d'autogestion, etc.). Étant donné que l'EPMCC-THA de 2014 portait uniquement sur des personnes qui avaient déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur ou d'anxiété, les estimations produites reflètent les caractéristiques de cette population et non pas la prévalence de ces troubles.

Objectifs de l'enquête

Les objectifs de l'EPMCC-THA de 2014 étaient d'évaluer les répercussions des troubles de l'humeur ou d'anxiété sur les activités quotidiennes et professionnelles des Canadiens adultes, de décrire la manière dont les personnes aux prises avec un trouble de l'humeur ou d'anxiété gèrent leur trouble, de recenser les obstacles aux soins et les stratégies d'autogestion et enfin de déterminer les facteurs qui ont une influence sur l'issue de la maladie mentale.

Élaboration du contenu de l'enquête

Le contenu de l'EPMCC-THA de 2014 a été élaboré par l'ASPC et Statistique Canada au moyen d'un processus consultatif itératif, avec la participation de membres du Comité consultatif sur la surveillance de la santé mentale et de la maladie mentale de l'ASPC (le Comité consultatif)*. Le contenu a été choisi en fonction des objectifs de l'enquête, des lacunes dans les données

* Le Comité consultatif est formé de chercheurs universitaires, de représentants du gouvernement ou de ministères et d'organisations non gouvernementales (ONG) qui représentent les intérêts des personnes atteintes des troubles en question, telle la Société pour les troubles de l'humeur du Canada.

repérées par l'ASPC et la Commission de la santé mentale du Canada, ainsi qu'en fonction des recommandations du Comité consultatif.

Les questions de l'enquête portant sur les domaines d'intérêt ont été tirées de diverses sources, dont des enquêtes populationnelles accessibles au public et des instruments de mesure publiés ou très connus. Certaines questions ont été modifiées après consultation auprès d'experts et d'autres relevaient de guides de pratique clinique nationaux. Les questions ont été regroupées en modules selon leur thème ou sujet. Une description de chaque module, la source des questions ou instruments et d'autres renseignements pertinents sont synthétisés dans le tableau 1.

Les questions ont été revues pour s'assurer qu'elles étaient adaptées à l'âge des répondants et à la population, qu'elles pouvaient être posées par téléphone et qu'elles répondaient aux objectifs de l'EPMCC-THA de 2014. Sur la base du questionnaire de l'ESCC 2013, les questions ont été organisées par thème, ordonnées de façon à s'enchaîner correctement, et formulées de façon que les échelles et points de vue soient normalisés et que le langage employé soit uniforme. Les questions jugées suggestives ou redondantes ont été retirées pour éviter le biais de réponse et tenir compte de la fatigue des répondants.

Le fardeau pour les répondants et les contraintes de temps associés à une entrevue téléphonique sont les principaux facteurs qui ont déterminé la longueur du questionnaire. Le contenu du questionnaire destiné à l'essai qualitatif a été élaboré en fonction de la facilité d'analyse et d'interprétation et de la possibilité de traduire l'information obtenue en messages de santé publique concrets.

Certaines questions concernant des thèmes en particulier ont été retirées avant l'essai qualitatif si elles figuraient déjà dans

TABLEAU 1
Modules du questionnaire de l'EPMCC-THA de 2014

Module	Thème du contenu	Nombre de questions[a]	Courte description	Source
1. Introduction	Administratif	s.o.	Fournit au répondant le contexte nécessaire et indique le but de l'enquête.	s.o.
2. État de santé général	Général	4	Pose aux répondants des questions au sujet de leur santé générale, de la satisfaction à l'égard de leur vie, de leur santé mentale et du stress dans leur vie.	Les questions du module *État de santé général* de l'ESCC 2013 – Composante annuelle[23] ont été répétées, car elles constituent une bonne entrée en la matière, elles sont sensibles aux changements, et elles sont importantes pour évaluer l'état de santé des personnes qui souffrent d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété.
3. Confirmation du diagnostic	Trouble de l'humeur ou d'anxiété	7(11)[b]	Confirme que le répondant appartient à la population cible et pose des questions au sujet du type de trouble de l'humeur ou d'anxiété, de l'âge au moment du diagnostic et de l'âge au moment des premiers symptômes.	Questions adaptées du module Problèmes de santé chroniques de l'ESCC 2013 – Composante annuelle[23] visant à déterminer si le répondant a déjà reçu un diagnostic de trouble de l'humeur ou d'anxiété. Toutes les autres questions sont tirées d'un cycle précédent de l'EPMCC portant sur une maladie[24] et traitent des sujets d'intérêt en lien avec les troubles de l'humeur ou d'anxiété.
4. Consommation de médicaments	Trouble de l'humeur ou d'anxiété	11	Traite de l'usage de médicaments sur ordonnance par les répondants pour les aider à gérer leur trouble de l'humeur ou d'anxiété, des raisons pour lesquelles les répondants ne prennent plus ou n'ont jamais pris de médicaments, du respect de la posologie des médicaments et de l'utilisation de produits de santé naturels.	Questions adaptées de cycles précédents de l'EPMCC portant sur des maladies précises[24-27] et traitant des sujets d'intérêt en lien avec les troubles de l'humeur ou d'anxiété.
5. Autogestion	Trouble de l'humeur ou d'anxiété	9(22)[c]	Pose aux répondants des questions au sujet des mesures qu'ils ont pu adopter à la suite de leur diagnostic pour gérer leur trouble de l'humeur ou d'anxiété, le respect des mesures choisies au moment de l'enquête, et les raisons pour ne pas s'en tenir aux mesures choisies. Les questions sont similaires à celles du module *Recommandations cliniques* afin de déterminer si les répondants suivent les pratiques exemplaires recommandées.	Questions adaptées de cycles précédents de l'EPMCC[24-27] traitant de maladies précises et basées sur les guides de pratique clinique ou les pratiques exemplaires pour l'autogestion des troubles de l'humeur ou d'anxiété[28,29].
6. Contacts avec des professionnels de la santé	Trouble de l'humeur ou d'anxiété	5	Pose aux répondants des questions sur leurs interactions avec des professionnels de la santé concernant leur trouble de l'humeur ou d'anxiété au cours des 12 derniers mois. Certaines questions concernent les consultations psychologiques.	Questions adaptées de l'ESCC 2013 – Composante annuelle[23] et traitant des sujets d'intérêt en lien avec les troubles de l'humeur ou d'anxiété.

Suite page suivante

TABLEAU 1 (suite)
Modules du questionnaire de l'EPMCC-THA de 2014

Module	Thème du contenu	Nombre de questions[a]	Courte description	Source
7. Recommandations cliniques	Trouble de l'humeur ou d'anxiété	7	Traite des recommandations des médecins ou d'autres professionnels de la santé pour aider les répondants à gérer leur trouble de l'humeur ou d'anxiété.	Questions adaptées de cycles précédents de l'EPMCC[24,27] traitant de maladies précises et basées sur les guides de pratique clinique ou les pratiques exemplaires pour la gestion des troubles de l'humeur ou d'anxiété[28,29].
8. Limitation des activités	Trouble de l'humeur ou d'anxiété	8	Pose aux répondants des questions au sujet des limitations de leurs activités habituelles au cours des 12 derniers mois en raison de leur trouble de l'humeur ou d'anxiété.	Questions adaptées du module État de santé général (SF-36) de l'ESCC 2013 – Composante annuelle[23] et traitant des sujets d'intérêt en lien avec les troubles de l'humeur ou d'anxiété.
9. Limitation des activités professionnelles	Trouble de l'humeur ou d'anxiété	7	Pose aux répondants des questions au sujet de leur emploi actuel et de leurs emplois passés ainsi que des activités liées au travail qui ont dû être modifiées en raison de leur trouble de l'humeur ou d'anxiété.	Questions adaptées du National Health Interview Survey (NHIS) des ÉtatsUnis[30].
10. Sommeil	Trouble de l'humeur ou d'anxiété	3	Demande aux répondants combien d'heures ils dorment, s'ils ont de la difficulté à s'endormir ou à rester endormis et pourquoi ils ont de la difficulté à s'endormir ou à rester endormis.	Les questions du module *Sommeil* de l'ESCC 2013 – Composante annuelle[23] ont été répétées, car elles sont sensibles aux changements. Une question a été ajoutée, à savoir pourquoi les répondants ont de la difficulté à dormir.
11. Stress	Trouble de l'humeur ou d'anxiété	3	Pose aux répondants des questions au sujet des différentes sources de stress dans leur vie de tous les jours, de leur capacité à y faire face et de leur principale source de stress.	Les questions du module Sources de stress de l'ESCC 2013 – Composante annuelle[23] ont été répétées, car elles sont sensibles aux changements. La question sur les sources de stress a été modifiée pour faire en sorte que les choix de réponse soient lus par les répondants.
12. Échelle de provisions sociales	Trouble de l'humeur ou d'anxiété	10	Traite de la mesure dans laquelle les relations sociales des répondants procurent divers types de soutien social.	Échelle de provisions sociales (24 éléments) développée par Cutrona et Russell (1987)[31], et validation de la version française par Caron (1996, 2013)[32,33].
13. Administration	Administratif	4	Ce module informe les répondants que les renseignements fournis dans l'EPMCC-THA de 2014 seront jumelés à leurs réponses à l'ESCC 2013 – Composante annuelle. On demande ensuite aux répondants si leurs renseignements peuvent être communiqués aux partenaires de partage de données de Statistique Canada.	ESCC 2013 – Composante annuelle[23].

Abréviations : EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; s.o., sans objet.

[a] Le nombre de questions posées à chaque répondant dépend du nombre de questions sautées et de la mesure dans laquelle certaines questions s'adressent aux répondants.

[b] Bien que ce module renferme 7 questions, 2 questions sont divisées en plusieurs parties, pour un total de 11 questions.

[c] Bien que ce module renferme 9 questions, quelques questions sont divisées en plusieurs parties, pour un total de 22 questions.

l'ESCC 2013 et pouvaient donc être obtenues en jumelant les enregistrements (p. ex. niveau de scolarité et nutrition), si elles étaient trop vastes pour être adéquatement abordées pendant la période allouée à l'enquête (p. ex. indice de l'état de santé, stade de modification du comportement), si elles exigeaient des explications détaillées ou encore si une enquête longitudinale serait plus appropriée pour les mesurer (p. ex. rétablissement).

Des questions ont été ajoutées en vue d'obtenir l'autorisation des répondants pour le partage des données et le jumelage de leurs réponses à l'EPMCC-THA de 2014 avec celles de l'ESCC 2013. Le questionnaire anglais a été traduit en français de façon à être utilisé dans les deux langues officielles du Canada. La traduction française du questionnaire a été validée au moyen d'un examen comparatif. Les questionnaires finaux ont ensuite été intégrés à une application d'entrevue téléphonique assistée par ordinateur (CATI), assurant que l'enquête était administrée de façon uniforme par les intervieweurs.

Essai qualitatif

Le Centre d'information sur la conception de questionnaires (CICQ) de Statistique Canada a mis à l'essai les questionnaires français et anglais de l'EPMCC-THA de 2014 au moyen d'entrevues individuelles avec une sélection de répondants.

Les essais qualitatifs ont été réalisés en mars 2013 à Toronto (anglais) et à Montréal (français). L'ESCC 2012 – Composante annuelle a été utilisée comme base pour la sélection des répondants. Ont pris part à

l'essai 26 répondants, soit une partie de ceux qui avaient déclaré souffrir d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété diagnostiqué par un professionnel de la santé lors de l'entrevue pour l'ESCC 2012. S'appuyant sur des cadres théoriques et des méthodes basées sur la psychologie cognitive et sociale[34,35], chaque entrevue explorait les quatre étapes du processus cognitif utilisées pour répondre à un questionnaire : 1) comprendre les catégories de questions et de réponses, 2) se rappeler et/ou chercher l'information demandée, 3) réfléchir à sa réponse et décider des éléments à déclarer et 4) répondre. Toutes les entrevues ont été réalisées par un intervieweur compétent du CICQ et observées derrière une glace sans tain par des membres de l'équipe de l'EPMCC-THA de 2014 (personnel de Statistique Canada et de l'ASPC).

Le CICQ a produit des rapports sur les résultats des essais qualitatifs en anglais et en français, qui ont servi à finaliser le contenu du questionnaire. De manière générale, l'enquête a été bien accueillie par les participants. Ceux-ci ont indiqué que les modules du questionnaire s'enchaînaient bien et que les questions des modules couvraient les principaux aspects de la vie avec un trouble de l'humeur ou d'anxiété. Cependant, les participants ayant eu quelques difficultés à répondre aux questions des modules qui mesuraient les concepts de résilience et de maîtrise à cause de l'alternance de concepts positifs et de concepts négatifs et de la nature délicate des sujets couverts, l'équipe de l'EPMCC-THA de 2014 a décidé de retirer ces modules du questionnaire. De plus, l'équipe a modifié certains des modules conservés afin de préciser les éléments à déclarer et de bien identifier les répondants admissibles.

Questionnaire final

Le questionnaire final, d'une durée de 20 minutes, comprend 12 modules qui traitent de chacun des objectifs du cycle de l'EPMCC 2014. Le questionnaire complet peut être consulté sur le site Web de Statistique Canada (http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5160).

Population cible

La population cible de l'EPMCC-THA de 2014 était les Canadiens âgés de 18 ans ou plus au 31 décembre 2013 qui vivaient dans une résidence privée dans l'une des 10 provinces canadiennes et qui avaient répondu par l'affirmative à au moins l'une des deux questions suivantes de l'ESCC 2013 : « Rappelez-vous, nous sommes intéressés aux problèmes de santé diagnostiqués par un professionnel de la santé qui devraient durer ou qui durent depuis six mois ou plus. Êtes-vous atteint d'un trouble de l'humeur tel que la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie? » ou « Êtes-vous atteint d'un trouble d'anxiété tel qu'une phobie, un trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble panique? » Les résultats de l'étude concernent donc les Canadiens qui ont cherché à obtenir des soins pour un trouble de l'humeur ou d'anxiété et qui ont reçu un diagnostic. L'échantillon ne comprend pas ceux qui n'ont pas tenté d'obtenir de soins ou qui ont tenté sans succès d'en obtenir malgré la présence de symptômes qui répondaient aux critères diagnostiques, ce qui fait que l'applicabilité des résultats à ces individus est incertaine.

Les résidants des trois territoires, les personnes qui vivent dans des réserves autochtones ou sur des terres publiques, les personnes qui vivent en établissement, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les résidants de certaines régions éloignées ont été exclus. À l'exception des trois territoires, les personnes exclues étaient les mêmes que celles prévues dans la base d'échantillonnage de l'ESCC 2013. Au total, ces exclusions représentent environ 3 % de la population canadienne.

Par ailleurs, les répondants atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété vivant dans l'une des 10 provinces et qui répondaient à l'un des critères suivants ont été exclus de l'échantillon :

- absence de numéro de téléphone valide,
- réponse au questionnaire de l'ESCC par personne interposée,
- absence d'autorisation de communiquer les réponses aux partenaires de partage de données de Statistique Canada et de jumeler les réponses de l'EPMCC-THA de 2014 à celles de l'ESCC 2013.

Stratégie d'échantillonnage

L'échantillon de l'enquête a été constitué en deux étapes : un premier échantillon à partir de l'ESCC 2013 et un second à partir de l'EPMCC-THA de 2014. L'échantillon de l'ESCC 2013 a été sélectionné au moyen de deux bases : la base aréolaire de l'Enquête sur la population active et une liste de numéros de téléphone, chacune comptant pour la moitié. La base d'échantillonnage de l'EPMCC-THA de 2014 est l'ensemble des répondants à l'ESCC 2013 satisfaisant aux critères de la population cible (voir section correspondante).

L'échantillon de l'EPMCC-THA de 2014 a été choisi de façon à produire des estimations fiables à l'échelle nationale par groupe d'âge et sexe. Les groupes d'âge étaient les 18 à 34 ans, les 35 à 49 ans, les 50 à 64 ans et les 65 ans et plus (tableau 2). L'échantillon a également permis de produire des estimations à l'échelle régionale (provinces de l'Atlantique, Québec, Ontario, Prairies et Colombie-Britannique). La taille de l'échantillon a été limitée par le nombre de personnes ayant déclaré lors de l'ESCC 2013 avoir déjà reçu un diagnostic de trouble de l'humeur ou d'anxiété.

Collecte et traitement des données

Statistique Canada a recueilli les données pour l'EPMCC-THA de 2014 en deux vagues de cinq semaines chacune : la première en novembre et décembre 2013 et la deuxième en février et mars 2014. Les répondants sélectionnés ont été interviewés à partir de centres d'appel centralisés à l'aide une application d'entrevue téléphonique assistée par ordinateur.

Statistique Canada a eu recours à plusieurs moyens pour réduire au minimum les non-réponses. Des lettres de présentation ont été envoyées aux répondants ciblés expliquant le but de l'enquête avant le début de la période de collecte des données. Les enquêteurs ont reçu comme consigne de prendre toutes les mesures raisonnables pour obtenir des entrevues : lorsque le numéro de téléphone indiqué sur l'ESCC 2013 n'était plus celui du répondant, on a tenté de trouver le bon numéro et, lorsque des personnes refusaient tout d'abord de participer, on a tenté d'autres mesures, en particulier une lettre suivie d'un deuxième appel, pour les convaincre de l'importance de participer à l'enquête. Enfin, pour éliminer toute barrière linguistique, Statistique Canada était prêt à recruter au besoin des enquêteurs parlant de nombreuses langues. Cela ne s'est pas révélé nécessaire, toutes

TABLEAU 2
Taille initiale de l'échantillon, nombre modélisé de cas admissibles et taux de réponse selon le sexe et le groupe d'âge dans l'EPMCC-THA de 2014

Sexe	Groupe d'âge (ans)	Taille de l'échantillon choisi	Nombre modélisé de cas admissibles	Taux modélisé de cas admissibles	Nombre de répondants	Taux de réponse
Femmes	18 à 34	875	720	82,3 %	436	60,6 %
	35 à 49	741	672	90,7 %	453	67,4 %
	50 à 64	1 361	1 211	89,0 %	892	73,7 %
	65 et plus	990	765	77,3 %	559	73,1 %
Total		3 967	3 368	84,9 %	2 340	60,5 %
Hommes	18 à 34	399	306	76,6 %	175	57,3 %
	35 à 49	425	350	82,4 %	226	64,5 %
	50 à 64	659	554	84,1 %	391	70,6 %
	65 et plus	425	302	71,2 %	229	75,7 %
Total		1 908	1 513	79,3 %	1 021	67,5 %
Ensemble		5 875	4 881	83,1 %	3 361	68,9 %

Abréviation : EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété.

les entrevues ayant été menées en anglais (80 %) ou en français (20 %)[36].

Entre avril et septembre 2014, Statistique Canada a traité, estimé et consigné les données. La vérification, le codage et la création de variables dérivées et groupées ont été réalisés au stade de l'entrevue (vérification et codage) ou à celui du traitement des données (création de variables dérivées et de variables groupées). Le poids attribué à chaque personne dans le fichier de données final peut être interprété comme le nombre de personnes dans la population représentées par le répondant. La pondération dans l'EPMCC-THA de 2014 a débuté avec le poids partagé au niveau individuel de l'ESCC 2013, car la base d'échantillonnage de l'EPMCC-THA de 2014 a été constituée de répondants de cette enquête. Une méthode de pondération en cinq étapes a ensuite été utilisée pour ajuster le poids de l'échantillon pour les exclusions, la sélection de l'échantillon, les taux de répondants admissibles, les non-réponses et l'autorisation de partager et jumeler les données.

Vu la complexité du plan d'échantillonnage de l'EPMCC-THA de 2014, calculer la variance à l'aide de formules simples était impossible et il a fallu utiliser une méthode de rééchantillonnage. La méthode *bootstrap* est une technique d'inférence basée sur le rééchantillonnage successif. La méthode *bootstrap* employée dans l'enquête utilise l'échantillon existant pour construire des échantillons synthétiques appelés « réplicats ». Ces réplicats servent à estimer la variance d'un paramètre. Statistique Canada a élaboré des poids *bootstrap* coordonnés pour l'EPMCC-THA de 2014 parce qu'elle dépend de l'échantillon de l'ESCC 2013. Les 500 réplicats du fichier *bootstrap* partagé de l'ESCC 2013 ont donc constitué le point de départ des poids *bootstrap* pour l'EPMCCTHA de 2014. Chaque réplicat *bootstrap* a été ajusté au moyen des cinq étapes mentionnées précédemment. De plus amples renseignements à propos du processus de pondération sont disponibles dans le guide de l'utilisateur de l'ESCC 2013[37].

Dans le cas des répondants ayant consenti au partage et au jumelage de leurs réponses, les données de l'EPMCC-THA de 2014 ont été jumelées à celles de l'ESCC 2013.

Confidentialité et disponibilité des données

Pour assurer la confidentialité des données concernant les répondants, tous les identificateurs personnels ont été retirés du fichier partagé-jumelé. Les données ont pu être utilisées à partir d'octobre 2014 et ont été mises à la disposition de l'ASPC, de Santé Canada et des ministères de la Santé provinciaux. Les chercheurs et les tiers peuvent accéder aux données de l'EPMCC-THA de 2014 par l'entremise des centres de données de recherche établis dans les universités par Statistique Canada.

Éthique

Statistique Canada a statué qu'il n'était pas nécessaire d'obtenir l'approbation d'un comité d'éthique pour administrer l'EPMCC-THA de 2014, car aucune donnée physique n'était recueillie. Aucun risque d'atteinte à la vie privée ou à la confidentialité, au sens de la Politique d'évaluation des facteurs relatifs à la vie privée, n'ayant été relevé, le statisticien en chef a autorisé la tenue de l'enquête.

La participation à l'EPMCC-THA de 2014 était totalement volontaire et les entrevues par personne interposée n'étaient pas autorisées. La *Loi sur la statistique*[1] interdit à Statistique Canada de divulguer tout renseignement receuilli permettant d'identifier un particulier, une entreprise ou une organisation, à moins que le répondant n'ait donné son consentement. Les partenaires de partage de données de Statistique Canada pour l'ESCC (l'ASPC, Santé Canada et les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux) ont accès aux données aux termes de leurs ententes respectives de partage de données. Les fichiers de données ne renferment des renseignements que sur les répondants ayant accepté que leurs données soient communiquées aux partenaires de partage de données de Statistique Canada et que leurs réponses à l'EPMCC-THA de 2014 soient jumelées à celles de l'ESCC 2013. Les identificateurs personnels ont été retirés des dossiers partagés pour assurer la confidentialité des données. Les personnes qui utilisent ces fichiers doivent certifier dès le départ qu'elles ne diffuseront en aucun cas des renseignements susceptibles d'identifier un répondant à l'enquête.

Qualité des données

Cas non admissibles

Les cas non admissibles correspondent aux répondants contactés pour participer à l'enquête mais ne devant pas être inclus parce qu'ils ne répondent pas aux critères d'admissibilité.

Les répondants à l'EPMCC-THA de 2014 ont été classés en deux groupes : les cas résolus et les cas non résolus. Les cas non

[1] *Loi concernant la statistique du Canada*. Accessible à l'adresse : http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/S-19/

résolus correspondent aux répondants n'ayant pas pu être contactés pendant la collecte de données, d'où une incertitude à les classer parmi les cas admissibles ou non admissibles. Les cas résolus correspondent aux répondants sélectionnés pour faire partie de l'échantillon, avec qui Statistique Canada est entré en contact et dont on a pu déterminer s'ils étaient admissibles ou non. Par exemple, les répondants ayant déclaré dans l'ESCC 2013 souffrir d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété mais ayant affirmé n'avoir *jamais* présenté l'un de ces troubles lors de l'entrevue pour l'EPMCC-THA de 2014 ont été classés comme non admissibles.

Afin de réduire au minimum le nombre de cas non admissibles dans l'EPMCC-THA de 2014, deux questions de suivi ont été incluses à l'intention des répondants ayant déclaré ne pas souffrir actuellement d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété diagnostiqué par un professionnel de la santé. Ces questions visaient à identifier les répondants *ayant déjà reçu un diagnostic* d'un de ces troubles mais n'en présentant plus les symptômes, ou bien étant parvenus à améliorer leur état au moyen de médicaments ou de changements dans leur mode de vie. Ces répondants ont été inclus dans l'enquête, ce qui a réduit le nombre de cas non admissibles.

Si on tient compte du nombre de cas non admissibles, le nombre total de personnes ayant déclaré présenter un trouble de l'humeur ou d'anxiété n'était pas le même dans l'ESCC 2013 et dans l'EPMCC-THA de 2014. L'ESCC 2013 a probablement comptabilisé des répondants ayant erronément déclaré présenter un trouble de l'humeur ou d'anxiété (faux positifs). À l'opposé, l'EPMCC-THA de 2014 a probablement exclu des répondants souffrant réellement d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété mais ne l'ayant pas indiqué afin d'éviter de participer à l'enquête (faux négatifs). Les vérifications poussées réalisées au moyen du module Confirmation du diagnostic ont pu accroître la validité des données de l'EPMCC-THA de 2014 concernant le diagnostic, mais aucune étude empirique n'ait été menée pour le confirmer.

Erreurs d'enquête

On divise généralement les erreurs d'enquête en erreurs d'échantillonnage et en erreurs non dues à l'échantillonnage. Les erreurs d'échantillonnage sont dues au fait que les inférences sur la population générale sont basées sur des renseignements obtenus sur un échantillon de cette population seulement, alors que les erreurs non dues à l'échantillonnage sont des erreurs systématiques ou aléatoires variées non liées à l'échantillonnage[22].

Erreurs d'échantillonnage

Après exclusion de certains répondants pour des raisons opérationnelles, tous les répondants à l'ESCC 2013 ayant déclaré souffrir d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété ont été sélectionnés pour l'EPMCC-THA de 2014. L'EPMCC-THA de 2014 ne constitue cependant pas un recensement des personnes atteintes d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété, étant donné que l'ESCC 2013 est une enquête par échantillonnage : des estimations quelque peu différentes auraient été obtenues si un recensement direct avait été réalisé par les mêmes moyens (même questionnaire, mêmes enquêteurs, mêmes méthodes de traitement, etc.).

Erreurs non dues à l'échantillonnage

Ces erreurs peuvent survenir à chaque étape ou presque d'une enquête et sont attribuables à des problèmes concernant la couverture, la non-réponse, la réponse et le traitement[23]. Les erreurs non dues à l'échantillonnage ne peuvent pas être mesurées ou atténuées en augmentant la taille de l'échantillon.

Les erreurs de couverture surviennent lorsque certains cas sont omis (sous-couverture), dupliqués ou erronément inclus (surcouverture). L'EPMCC-THA de 2014 a la même couverture que l'ESCC 2013 dans les 10 provinces. Vu le taux élevé de couverture de l'ESCC, il est peu probable qu'un biais significatif ait été introduit dans les données de l'EPMCC-THA de 2014.

Les erreurs de non-réponse résultent de réponses insuffisantes aux questions de l'enquête et vont de non-réponses partielles (absence de réponse à une ou plusieurs questions) à une non-réponse complète. Dans l'EPMCC-THA de 2014, les personnes ayant fourni des réponses partielles à une ou plusieurs questions devaient être exclues de l'enquête, mais étant donné que, en général, les répondants vont au bout du questionnaire une fois l'entrevue commencée, les non-réponses partielles sont rares. La non-réponse complète a lieu lorsque l'enquêteur est incapable d'entrer en contact avec le répondant ou lorsque le répondant refuse de participer à l'enquête. Pour réduire les risques que certains répondants ne puissent être suivis entre l'administration de l'ESCC 2013 et celle de l'EPMCC-THA de 2014, la collecte de données a été divisée en deux vagues. Les personnes dont les données ont été recueillies dans les six premiers mois de l'ESCC 2013 ont été contactées lors de la première vague (novembre/décembre 2013), alors que celles dont les données ont été recueillies dans les six derniers mois de l'ESCC 2013 ont fait partie de la deuxième vague (février/mars 2014). L'utilisation de ces deux vagues a permis de réduire la période séparant l'ESCC 2013 de l'EPMCC-THA de 2014 à 14 mois maximum. L'effet des non-réponses complètes a été neutralisé en ajustant le poids des personnes ayant répondu à l'enquête en fonction de celles n'ayant pas répondu, ce qui a aussi permis de réduire au minimum le biais de non-réponse.

Les erreurs de réponse peuvent survenir lorsque les enquêteurs comprennent mal les instructions, lorsque les répondants font des erreurs en répondant aux questions ou lorsque les réponses sont mal saisies dans le questionnaire. Statistique Canada a adopté des mesures d'assurance de la qualité pour réduire au minimum ces types d'erreurs. Parmi ces mesures figurent le recours à des enquêteurs très compétents, une formation poussée des enquêteurs sur les procédures d'enquête et sur le questionnaire, l'observation d'entrevues pour s'assurer du respect des techniques et des procédures et pour détecter les problèmes de conception dans les questionnaires et une mauvaise compréhension des instructions et enfin l'utilisation de procédures visant à réduire au minimum les erreurs de saisie de données. Les erreurs de traitement et de tabulation ont également été réduites au minimum, au moyen de vérifications du codage et de la qualité pour s'assurer de la logique du traitement.

Analyse des données

Nous avons réalisé des analyses descriptives pour déterminer les caractéristiques sociodémographiques des répondants, à l'aide du logiciel SAS Enterprise Guide, version 5.1 (SAS Institute, Cary, Caroline du Nord, États-Unis). Pour tenir compte de la répartition de l'échantillon et de la conception de l'enquête, toutes les estimations ont été pondérées au moyen des poids d'enquête produits par Statistique Canada afin de refléter la distribution selon

l'âge et le sexe de la population des ménages âgée de 18 ans et plus dans les 10 provinces. De plus, des estimations de la variance (intervalles de confiance à 95 % et coefficients de variation) ont été réalisées à l'aide des poids *bootstrap* fournis avec les données[37].

Les caractéristiques sociodémographiques intégrées à cette analyse sont :

- sexe (femmes, hommes);
- âge (18 à 34 ans, 35 à 49 ans, 50 à 64 ans, 65 ans et plus);
- état matrimonial (célibataire; marié(e) ou en union libre; veuf(ve), séparé(e), divorcé(e));
- niveau de scolarité (études secondaires non terminées, diplôme d'études secondaires sans études postsecondaires, études postsecondaires non terminées, diplôme d'études postsecondaires);
- quintiles de suffisance du revenu des ménages;
- immigrant (oui, non);
- temps passé au Canada depuis l'immigration (20 ans ou moins, plus de 20 ans);
- Autochtone (oui, non);
- milieu de vie (urbain, rural);
- région de résidence (provinces de l'Atlantique, Québec, Ontario, Prairies, Colombie-Britannique);
- type de trouble autodéclaré diagnostiqué par un professionnel de la santé (trouble de l'humeur seulement, trouble d'anxiété seulement, troubles de l'humeur et d'anxiété).

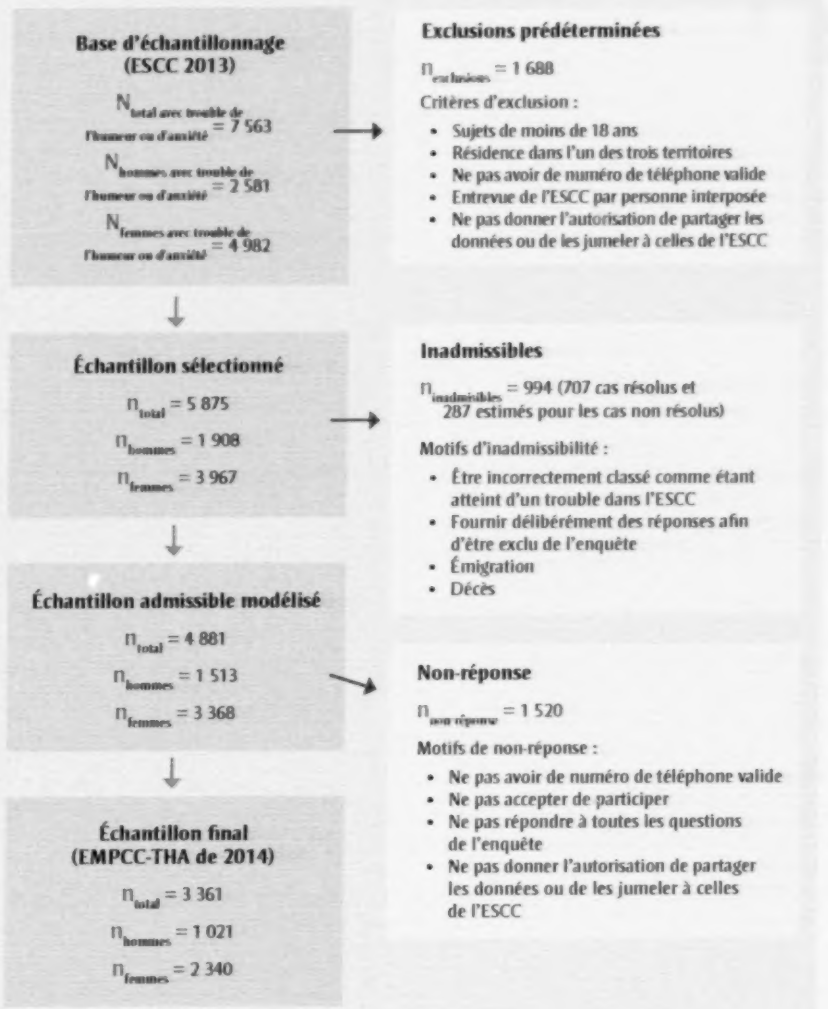
Le revenu a été mesuré à l'aide des quintiles ajustés de suffisance du revenu des ménages. Les répondants ont été divisés en quintiles selon le rapport entre leur revenu familial total et le seuil de faible revenu correspondant à la taille de leur ménage et de leur collectivité, calculé par Statistique Canada. Cette valeur fournit, pour chaque répondant, une mesure relative du revenu du ménage par rapport au revenu du ménage de tous les autres répondants[22]. Dans le cas des répondants dont l'information sur le revenu était manquante, Statistique Canada a eu recours à la méthode appelée « estimateur du plus proche voisin », laquelle modélise le revenu selon la structure familiale, les données sociodémographiques, certaines variables liées à la santé et le revenu selon les renseignements fiscaux regroupés. Le revenu a été imputé pour 23 % des répondants à l'EPMCC-THA de 2014 n'ayant pas fourni d'estimation à la question sur le revenu du ménage (14,7 % ayant déclaré totalement l'échelle de revenu, 4,1 % ayant déclaré partiellement l'échelle de revenu et 4,7 % n'ayant fourni aucune information sur le revenu).

Résultats

Échantillon final de l'EPMCC-THA de 2014

La conception de l'échantillon de l'EPMCC-THA de 2014 est illustrée sur la figure 1 et la taille initiale de l'échantillon, les cas admissibles modélisés et le taux de réponse selon le sexe et le groupe d'âge sont présentés dans le tableau 2. Au total, 7 563 répondants ayant déclaré souffrir d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété diagnostiqué par un professionnel de la

FIGURE 1
Conception de l'échantillon de l'EPMCC-THA 2014



Abréviations : EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; N, taille totale de la population; n, taille du sous-échantillon.

santé ont été inclus dans la base d'échantillonnage (ESCC 2013). Après application des critères d'exclusion prédéterminés pour l'EPMCC-THA de 2014, 1 688 répondants ont été exclus.

Parmi les 5 875 répondants sélectionnés pour l'EPMCC-THA de 2014, 707 se sont avérés non admissibles (cas résolus), ce qui s'est soldé par un taux de répondants non admissibles de 17,0 %. De plus, 287 autres répondants ont été jugés non admissibles selon les prédictions du modèle logistique (cas non résolus).

Après exclusion des répondants non admissibles (cas résolus et cas non résolus), l'échantillon admissible modélisé comptait 4 881 répondants (répondants admissibles à l'entrevue pour l'EPMCCTHA de 2014), ce qui représente un taux modélisé de répondants admissibles de 83,1 %.

Enfin, 1 520 autres répondants ont été exclus en raison de non-réponses (complètes ou partielles), ce qui a donné un échantillon final pour analyse de 3 361 répondants. Le taux de réponse global à l'EPMCC-THA de 2014 a donc été de 68,9 %. Les taux de réponse les plus bas ont été enregistrés parmi les hommes (57,3 %) et les femmes (60,6 %) de 18 à 34 ans.

Caractéristiques sociodémographiques des Canadiens de 18 ans et plus avec troubles de l'humeur ou d'anxiété

Les caractéristiques sociodémographiques de la population avec troubles de l'humeur ou d'anxiété sont présentées dans les tableaux 3 et 4 et sur la figure 2. Près des deux tiers (64 %) étaient des femmes. La majorité était âgée de 50 à 64 ans, et les proportions de jeunes (18 à 34 ans) et d'âge moyen (35 à 64 ans) étaient assez également distribuées. Les aînés (65 ans et plus) ne représentaient que 15 % de la population. Plus de la moitié (56 %) étaient mariés ou vivaient en union libre, environ le quart étaient célibataires et les 18 % restants étaient séparés, divorcés ou veufs. Près des deux tiers (60 %) ont indiqué être titulaires d'un diplôme universitaire ou d'un certificat ou diplôme d'études postsecondaires. Le revenu des ménages était assez également distribué entre les quintiles de suffisance, avec cependant davantage d'individus ayant déclaré un revenu correspondant au quintile de suffisance le plus bas (23 %) que le plus élevé

TABLEAU 3
Caractéristiques sociodémographiques des Canadiens de 18 ans et plus atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété, EPMCC-THA de 2014

Caractéristiques sociodémographiques	EPMCC-THA 2014 (n = 3 361)	
	n[a]	%[b] (IC à 95 %)
Sexe		
Hommes	1 020	36,3 (34,2 à 38,4)
Femmes	2 341	63,7 (61,6 à 65,8)
Âge (ans)		
18 à 34	610	26,0 (24,0 à 28,1)
35 à 49	682	27,9 (25,6 à 30,3)
50 à 64	1 284	31,0 (28,9 à 33,2)
65 et plus	785	15,0 (13,8 à 16,2)
État matrimonial		
Célibataire/jamais marié(e)	823	26,3 (23,8 à 28,7)
Séparé(e)/divorcé(e)/veuf(ve)	926	17,7 (15,6 à 19,8)
Marié(e)/en union libre	1 610	56,1 (53,2 à 58,9)
Niveau de scolarité		
Études secondaires non terminées	528	12,7 (10,9 à 14,4)
Diplôme d'études secondaires	728	21,5 (19,1 à 23,9)
Études postsecondaires non terminées	176	5,6 (4,3 à 6,8)
Certificat ou diplôme d'études postsecondaires, ou diplôme universitaire	1 895	60,3 (57,3 à 63,2)
Quintiles de suffisance du revenu du ménage		
Q1 (quintile inférieur)	903	23,0 (20,6 à 25,3)
Q2	672	18,2 (16,0 à 20,4)
Q3	675	22,2 (19,7 à 24,7)
Q4	614	19,3 (17,0 à 21,6)
Q5 (quintile supérieur)	497	17,3 (15,0 à 19,7)
Immigrant		
Oui	283	12,5 (9,9 à 15,1)
Non	3 074	87,5 (84,9 à 90,1)
Temps passé au Canada depuis l'immigration		
20 ans ou moins	61	33,5 (22,7 à 44,3)
Plus de 20 ans	222	66,5 (55,7 à 77,3)
Statut d'Autochtone		
Oui	201	5,1 (3,8 à 6,4)
Non	2 913	94,9 (93,6 à 96,2)
Milieu de vie		
Rural	873	17,7 (15,8 à 19,6)
Urbain	2 488	82,3 (80,4 à 84,2)
Région		
Atlantique	508	8,9 (8,2 à 9,7)
Québec	593	20,3 (18,6 à 22,1)
Ontario	1 162	39,8 (37,7 à 42,0)
Prairies	690	17,2 (15,6 à 18,8)
Colombie-Britannique	408	13,7 (12,0 à 15,4)

Suite page suivante

TABLEAU 3 (suite)
Caractéristiques sociodémographiques des Canadiens de 18 ans et plus atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété, EPMCC-THA 2014

Caractéristiques sociodémographiques	EPMCC-THA 2014 (n = 3 361)	
	n[a]	% [b] (IC à 95 %)
Type de trouble		
Trouble de l'humeur seulement	1 531	45,2 (42,2 à 48,2)
Trouble d'anxiété seulement	770	24,0 (21,5 à 26,6)
Trouble de l'humeur et trouble d'anxiété	1 060	30,7 (28,0 à 33,4)

Abréviations : EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété; IC, intervalle de confiance; Q, quintile.

[a] Nombres non pondérés.

[b] Les pourcentages sont basés sur les effectifs pondérés afin de représenter la population canadienne de 18 ans et plus avec un trouble de l'humeur ou d'anxiété et vivant dans les 10 provinces.

(17 %). La majorité (88 %) étaient nés au Canada, et les deux tiers (67 %) des immigrants vivaient au Canada depuis plus de 20 ans. La plupart (95 %) étaient non-Autochtones, et la majorité (82 %) vivaient en milieu urbain. La répartition géographique de la population était la suivante : 40 % en Ontario, 20 % au Québec, 17 % dans les Prairies, 14 % en Colombie-Britannique et 9 % dans les provinces de l'Atlantique. Enfin, 45 % ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'un professionnel de la santé uniquement pour un trouble de l'humeur, 24 % pour un trouble d'anxiété seulement et 31 % pour les deux.

Analyse

L'EPMCC-THA de 2014 est la seule enquête populationnelle auprès des ménages qui, à ce jour, a fourni des données sur les Canadiens adultes aux prises avec un trouble de l'humeur ou d'anxiété diagnostiqué par un professionnel de la santé. Parmi les sujets abordés dans l'enquête figurent les activités quotidiennes et professionnelles, le stress, le sommeil, les relations sociales, les stratégies de gestion clinique (telles que les contacts avec des professionnels de la santé et les recommandations de ces derniers), la consommation de médicaments, les consultations psychologiques et l'autogestion. Cette enquête permet de combler d'importantes lacunes dans les données relevées par l'ASPC, la Commission de la santé mentale du Canada[37] et d'autres organisations d'intervenants externes.

Nos résultats en ce qui concerne la distribution des caractéristiques sociodémographiques des Canadiens adultes vivant avec des troubles de l'humeur ou d'anxiété correspondent de manière générale à ceux d'autres études. Pour ce qui est du sexe, les troubles de l'humeur et d'anxiété se sont révélés constamment plus fréquents chez les femmes que chez les hommes[38,39]. De nombreux facteurs pourraient expliquer ce fait, qu'ils soient comportementaux (les femmes sont davantage portées que les hommes à tenter d'obtenir de l'aide)[40], biologiques (les fluctuations hormonales liées à divers aspects de la fonction reproductrice prédisposeraient les femmes à la dépression)[41] ou socioculturels (les femmes sont plus nombreuses que les hommes à faire état de stress lié à leurs responsabilités professionnelles et familiales)[42].

Les études menées auprès de populations aux prises avec un trouble de l'humeur ou d'anxiété d'âge similaire (18 ans et plus) ont aussi montré que la distribution selon l'âge de ces troubles culmine à l'âge moyen et décline plus tard[38,39,43]. La plus forte proportion de répondants d'âge moyen pourrait être liée en partie aux difficultés particulières auxquelles sont souvent confrontées ces personnes, tel le stress qu'occasionne le déséquilibre entre le travail et la vie personnelle ou familiale[44,45].

L'état matrimonial est un déterminant clé de la santé, et il est généralement admis que les personnes mariées sont en meilleure santé et présentent un risque moindre de mortalité que les personnes non mariées, en particulier les hommes[46]. Un peu plus de 50 % des individus de notre étude étaient mariés ou vivaient en union libre, pourcentage un peu plus élevé que celui observé dans d'autres études canadiennes[38,39]. Il est bon de souligner que ces autres études montraient que les personnes qui étaient atteintes d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété étaient moins nombreuses à être mariées ou à vivre en union libre que celles qui ne l'étaient pas.

L'éducation est un autre important déterminant de la santé et peut avoir une influence

TABLEAU 4
Type de trouble de l'humeur ou d'anxiété selon le sexe et l'âge parmi les Canadiens de 18 ans et plus, EPMCC-THA de 2014

Type de trouble	Total n[a] % [b] (IC à 95 %)	Sexe n[a] % [b] (IC à 95 %)		Groupe d'âge (années) n[a] % [b] (IC à 95 %)			
		Hommes	Femmes	18 – 34	35 – 49	50 – 64	65 et plus
Trouble de l'humeur seulement	1 531 45,2 (42,2 à 48,2)	510 17,9 (15,8 à 20,1)	1 021 27,3 (24,9 à 29,7)	250 11,2 (9,2 à 13,1)	294 11,2 (9,4 à 13,0)	595 15,2 (13,3 à 17,1)	392 7,7 (6,6 à 8,8)
Trouble d'anxiété seulement	770 24,0 (21,5 à 26,6)	219 6,9 (5,7 à 8,2)	551 17,1 (14,7 à 19,5)	168 7,4 (6,0 à 8,9)	166 7,1 (5,2 à 9,0)	249 6,2 (4,9 à 7,5)	187 3,3 (2,7 à 4,0)
Trouble de l'humeur et trouble d'anxiété	1 060 30,7 (28,0 à 33,4)	291 11,4 (9,3 à 13,5)	769 19,3 (17,2 à 21,4)	192 7,5 (5,9 à 9,1)	222 9,6 (7,8 à 11,5)	440 9,7 (8,1 à 11,2)	206 4,0 (3,3 à 4,7)

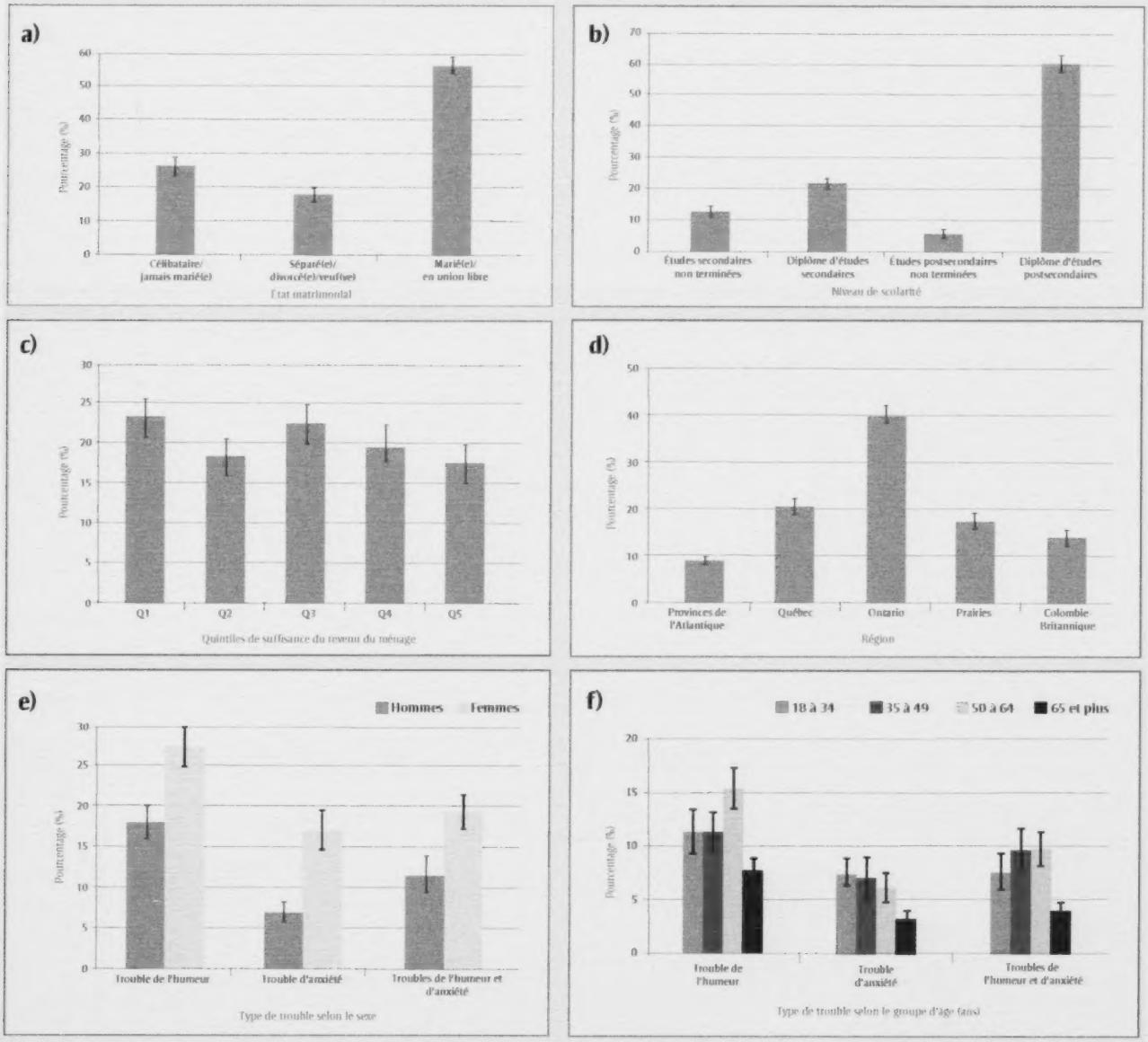
Abréviations : EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété; IC, intervalle de confiance.

[a] Nombres non pondérés.

[b] Les pourcentages sont basés sur les effectifs pondérés afin de représenter la population canadienne de 18 ans et plus avec un trouble de l'humeur ou d'anxiété et vivant dans les 10 provinces.

FIGURE 2

Distribution des Canadiens de 18 ans et plus avec un trouble de l'humeur ou d'anxiété selon a) l'état matrimonial, b) le niveau de scolarité, c) le quintile de suffisance du revenu du ménage, d) la région, e) le type de trouble selon le sexe et f) le type de trouble selon le groupe d'âge parmi les Canadiens de 18 ans et plus souffrant d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété, EPMCC-THA de 2014



Abréviation : EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété.

Remarques : Les proportions sont fondées sur les effectifs pondérés pour représenter la population canadienne de 18 ans et plus avec un trouble de l'humeur ou d'anxiété et vivant dans les 10 provinces. Les barres d'erreur représentent les intervalles de confiance à 95 %.

significative sur le niveau de revenu et sur le bienêtre économique[47]. La proportion de ceux ayant terminé des études postsecondaires était dans notre étude similaire à celle observée dans d'autres études canadiennes[38,39,48]. Parmi ceux titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires, dans toutes les études mentionnées plus haut, la proportion de personnes aux prises avec un trouble de l'humeur ou d'anxiété était similaire à celle des personnes qui ne souffraient pas de tels troubles[38,39]. Toutefois, après répartition selon le niveau d'études postsecondaires terminé, les personnes souffrant d'un trouble de l'humeur

ou d'anxiété étaient moins nombreuses à avoir terminé leur baccalauréat ou des études supérieures que celles ne souffrant pas de tels troubles[48]. En ce qui concerne le revenu, davantage de personnes déclaraient un revenu du ménage se situant dans le plus bas quintile de suffisance du revenu que dans le quintile le plus, la suffisance de leur revenu étant généralement distribuée plus également dans les différents quintiles que dans les autres études[38,39,48]. Par conséquent, les résultats basés sur l'EPMCC-THA de 2014 relatifs à l'état de santé, aux répercussions des troubles sur les activités habituelles et professionnelles et aux stratégies de gestion adoptées pourraient représenter le scénario le plus favorable, étant donné la pléthore de données indiquant que les répondants ayant un statut socio-économique moindre sont en moins bonne santé et sont moins nombreux à adopter des comportements favorisant la santé[49].

Les participants à notre étude étaient un peu plus nombreux en proportion à être immigrants que ceux d'autres études canadiennes[38,39]. Dans ces autres études[38,39], la proportion de personnes aux prises avec un trouble de l'humeur ou d'anxiété était plus faible parmi les immigrants, ce qui pourrait s'expliquer en partie par « l'effet de l'immigrant en bonne santé », les personnes nées à l'étranger présentant un avantage sur le plan de la santé[50]. Sachant que cet effet s'amoindrit avec la durée de vie au Canada[50], il est important de noter à ce propos qu'une grande proportion (66,5 %) des personnes ayant déclaré être immigrantes dans notre étude vivaient au Canada depuis plus de 20 ans.

Les proportions de personnes vivant en milieu rural et de personnes ayant déclaré être d'origine autochtone étaient comparables à celles des autres études menées au Canada[38,39]. Ni ces études ni la nôtre n'ont démontré de différence en ce qui concerne la proportion de personnes atteintes de troubles de l'humeur et d'anxiété parmi celles vivant en milieu rural et parmi les Autochtones[38,39]. Étant donné que le risque de maladie mentale est plus grand chez les Autochtones[51,52] et que les personnes vivant dans les territoires, dans des réserves ou sur des terres publiques ont été exclues des autres études et de la nôtre, ces résultats pourraient être le reflet d'une sous-représentation des Autochtones dans la population échantillonnée.

Enfin, le tiers des participants à notre étude ont déclaré avoir reçu à la fois un diagnostic de trouble de l'humeur et de trouble d'anxiété. Les études épidémiologiques menées en Europe et aux ÉtatsUnis font constamment état d'un taux élevé de comorbidité pour les troubles liés à la dépression et l'anxiété actuelles ou au cours de la vie, ce taux allant de 44 % à 81 %[6,9]. Les différences de base d'échantillonnage ou de critères diagnostiques pourraient expliquer en partie ces résultats différents entre études. Par ailleurs, on sait que les personnes avec divers problèmes de santé mentale concomitants vivent des répercussions significativement plus importantes sur leur santé et sur leur utilisation des services de santé mentale[38,53,54]. Étant donné que les différences entre les personnes présentant plus d'un trouble et celles n'en présentant qu'un pourraient être décelées en ce qui concerne l'état de santé des répondants, les répercussions de ces troubles sur les activités quotidiennes et professionnelles et les pratiques de gestion ou d'autogestion, stratifier les données de l'enquête par type de trouble serait utile.

Points forts et limites

L'EPMCC-THA de 2014 fournit des renseignements détaillés sur un vaste éventail de sujets liés aux expériences des Canadiens ayant un trouble de l'humeur ou d'anxiété, ce qui n'est pas possible dans une enquête sur la santé menée en population générale. De plus, les réponses ont été jumelées à celles de l'enquête source (l'ESCC 2013), ce qui a créé une série de données encore plus riche, étant donné que l'ESCC recueille aussi des renseignements liés à la santé sur par exemple les affections concomitantes, les comportements liés au mode de vie et les déterminants de la santé. On peut explorer les associations entre différents facteurs mais il est impossible d'en tirer des relations de cause à effet car il s'agit d'une enquête transversale[55].

Bien que l'EPMCC-THA de 2014 ait été conçue de façon à être représentative à l'échelle nationale, la généralisation des données à l'ensemble de la population canadienne est limitée en raison de l'exclusion des personnes vivant dans les territoires et de certaines populations présentant un risque connu de maladie mentale, par exemple les Autochtones[51,52] vivant dans des réserves ou sur des terres publiques, les sans-abri[56], les patients vivant en établissement[57] et les personnes emprisonnées[58]. L'échantillon est aussi limité aux Canadiens qui ont consulté un professionnel de la santé et ont obtenu un diagnostic de trouble de l'humeur ou d'anxiété. La possibilité de généraliser les résultats à ceux qui n'ont pas consulté un professionnel de la santé mais qui répondent tout de même aux critères diagnostiques du trouble de l'humeur ou d'anxiété est donc incertaine.

Comme c'est le cas pour la plupart des enquêtes populationnelles sur la santé, l'EPMCC-THA de 2014 s'appuie sur l'autodéclaration de troubles mentaux et de pratiques ou événements liés à la santé, qui n'ont été ni corroborés ni vérifiés par des tiers. Bien qu'il s'agisse de la méthode la plus pratique pour évaluer la maladie et ses répercussions dans de vastes études populationnelles, les événements autodéclarés liés à la santé pourraient être mal classés en raison du biais de désirabilité sociale, du biais de rappel ou d'une nondéclaration consciente, ce qui pourrait se solder par une sous-estimation ou une surestimation du fardeau de la maladie, tant à l'échelle individuelle qu'à celle de la société. Les recherches ont fait état d'une correspondance acceptable à bonne entre les affections physiques autodéclarées et les diagnostics posés par les professionnels de la santé[59], mais, à notre connaissance, la validation des questions utilisées dans l'ESCC pour s'assurer de l'exactitude de l'autodéclaration des troubles de l'humeur ou d'anxiété n'a pas encore été faite.

Durant la période de collecte des données pour l'ESCC 2013 est paru le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition* (DSM-V)[60]. Cependant, comme la collecte était déjà bien amorcée au moment de la transition entre le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition – texte révisé* (DSM-IV-TR)[61] et le DSM-V, on trouve dans les questions de l'ESCC 2013 visant à déceler les cas les définitions des troubles de l'humeur ou d'anxiété présentées dans le DSM-IV-TR.

Des limites analytiques attribuables à la taille de l'échantillon sont à prévoir au moment de désagréger les données selon l'âge, le sexe (en particulier les hommes), la région ou d'autres caractéristiques importantes. Par exemple, il a été impossible de fournir une description statistique de la population par groupe ethnique, car les coefficients de variation (CV) des

estimations pour les différentes catégories étaient élevés, ce qui indique une grande variabilité de l'échantillon et des estimations de qualité inacceptable. On a envisagé de regrouper les catégories Noirs, Arabes et Asiatiques dans une catégorie « personnes n'étant pas de race blanche », mais cette mesure s'est soldée par une diversité du groupe de répondants, une variabilité persistante de l'échantillon (CV = 22 %) et une interprétation potentiellement limitée ou non significative des résultats.

Enfin, le taux de réponse à l'EPMCC-THA de 2014 (68,9 %) était plus faible que dans les cycles précédents de l'EPMCC (75 % à 83,2 %)[62,63]. Les taux de réponse dans les enquêtes menées au Canada et ailleurs dans le monde connaissent de manière générale un déclin, et celui de l'EPMCC-THA de 2014 suit la tendance observée dans d'autres enquêtes générales ou axées sur la santé[64]. Étant donné que les non-répondants n'ont pas consenti à ce que les données les concernant soient communiquées aux partenaires de partage de données de Statistique Canada, dont l'ASPC, leurs caractéristiques sociodémographiques et leurs raisons de ne pas participer à l'enquête sont inconnues.

Conclusion

Les troubles de l'humeur ou d'anxiété constituent les troubles mentaux les plus courants au Canada, et ils ont des répercussions majeures sur la vie quotidienne de ceux qui en souffrent[1]. Actuellement, l'EPMCC-THA de 2014, une enquête transversale de suivi de l'ESCC 2013, est la seule enquête populationnelle canadienne menée auprès des ménages fournissant des renseignements sur les répercussions de ces troubles sur les activités quotidiennes et professionnelles, ainsi que sur les stratégies de gestion. Les données de cette enquête peuvent aider les praticiens en santé publique et les cliniciens à déterminer les domaines où un soutien ou des interventions supplémentaires pourraient être utiles. Elles peuvent aussi fournir de l'information de base qui sera utile dans les futurs travaux de recherche en santé publique dans le domaine de la maladie mentale.

Remerciements

L'EPMCC-THA de 2014 a été financée par l'ASPC et conçue en collaboration avec Statistique Canada. L'élaboration de l'enquête a aussi été rendue possible grâce à la contribution des membres du Comité consultatif sur la surveillance de la santé mentale et de la maladie mentale de l'ASPC. L'ESCC de 2013 a été réalisée par Statistique Canada en partenariat avec Santé Canada et l'ASPC et a bénéficié d'un financement du gouvernement canadien. Aucun soutien financier ou matériel externe n'a été obtenu pour la tenue de cette étude.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Références

1. Pearson C, Janz T, Ali J. Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada. Statistique Canada: Coup d'oeil sur la santé [Internet]. 18 septembre 2013 [mise à jour le 27 novembre 2015; consulté le 24 juin 2016]. En ligne à : http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11855-fra.htm

2. Agence de la santé publique du Canada. Les troubles anxieux et de l'humeur au Canada : points saillants de l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – 2014 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2015 [consulté le 24 juin 2016]. En ligne à : http://www.canadiensensante.gc.ca/publications/diseases-conditions-maladies-affections/mental-mood-anxiety-anxieux-humeur/index-fra.php

3. Gouvernement du Canada. Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006 Ottawa (Ont.) : Ministre des travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2006 [N° de catalogue HP5-19/2006F].

4. Devane CL, Chiao E, Franklin M, Kruep EJ. Anxiety disorders in the 21st century: status, challenges, opportunities, and comorbidity with depression. Am J Manag Care. 2005; 11(Suppl 12):S344-53.

5. Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK, et al. Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. Am J Psychiatry. 2000;157(5):722-8.

6. Lamers F, van Oppen P, Comijs HC, et al. Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). J Clin Psychiatry. 2011 Mar;72(3):341-8.

7. de Graaf R, Bijl RV, Spijker J, Beekman AT, Vollebergh WA. Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance use disorders–findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2003 Jan;38(1): 1-11.

8. Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. J Abnorm Psychol. 2001 Nov;110(4):585-99.

9. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA. 2003 Jun 18;289(23):3095-105.

10. Strine TW, Mokdad AH, Balluz LS, et al. Depression and anxiety in the United States: findings from the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System. Psychiatr Serv 2008;59: 1383-1390.

11. Kessler RC, Adler L, Barkley R, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. Am J Psychiatry 2006; 163(4):716-723.

12. Commission de la santé mentale du Canada. Changer les orientations, changer des vies : stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Calgary (AB) : Commission de la santé mentale du Canada; 2012.

13. Anderson IM, Haddad PM. CANMAT guidelines for depression: clear and user-friendly. J Affect Disord. 2009; 117(Suppl 1):S3-4.

14. Starkes JM, Poulin CC, Kisely SR. Unmet need for the treatment of depression in Atlantic Canada. Can J Psychiatry. 2005;50(10):580-90.

15. Kasper S. Anxiety disorders: underdiagnosed and insufficiently treated. Int J Psychiatry Clin Pract. 2006;10 Suppl 1:3-9.

16. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. Bull World Health Organ. 2004;82(11):858-66.

17. Weisberg RB, Dyck I, Culpepper L, Keller MB. Psychiatric treatment in primary care patients with anxiety disorders: a comparison of care received from primary care providers and psychiatrists. Am J Psychiatry. 2007; 164(2):276-82.

18. Issakidis C, Andrews G. Service utilisation for anxiety in an Australian community sample. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2002;37(4):153-63.

19. Thompson A, Hunt C, Issakidis C. Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004;39(10):810-817.

20. Statistique Canada. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada (EPMCC) – 2014 – Composante des troubles d'humeur et d'anxiété [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2013 [consulté le 24 juin 2016]. En ligne à : http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5160

21. Statistique Canada. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada (EPMCC) : guide de l'utilisateur. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2014.

22. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – composante annuelle (ESCC) : guide de l'utilisateur 2013. Fichiers de microdonnées de l'enquête. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2014.

23. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – composante annuelle (ESCC) : questionnaire 2013. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2014.

24. Statistique Canada. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada (EPMCC) – composante de l'arthrite : questionnaire 2009. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2009.

25. Statistique Canada. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada (EPMCC) – composante sur les maladies respiratoires : questionnaire 2011. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2011.

26. Statistique Canada. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada (EPMCC) – composante sur le diabète : questionnaire 2011. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2011.

27. Statistique Canada. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada (EPMCC) – composante sur l'hypertension : questionnaire 2009. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2009.

28. Katzman MA, Bleau P, Blier P, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. BMC Psychiatry. 2014;14(Suppl 1):S1. En ligne à : http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-14-S1-S1.pdf

29. Kennedy SH, Lam RW, Parikh SV, Patten SB, Ravindran AV. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. J Affect Disord. 2009 Oct;117(Suppl 1): S1–S2. En ligne à : http://www.canmat.org/resources/CANMAT%20Depression%20Guidelines%202009.pdf

30. Adams PF, Kirzinger WK, Martinez ME. Summary health statistics for the U.S. population: National Health Interview Survey, 2012. Vital Health Stat 10. 2013;(259):1-95.

31. Cutrona CE, Russell DW. The provisions of social support and adaptation to stress. Advances Personal Relation. 1987;1:37-67.

32. Caron J. L'Échelle de provisions sociales : une validation québécoise. Sante Ment Que. 1996;21(2):158-180.

33. Caron J. Une validation de la forme abrégée de l'Échelle de provisions sociales : l'ÉPS-10 items. Sante Ment Que. 2013;38(1):297-318.

34. Collins, D. Pretesting survey instruments: an overview of cognitive methods. Qual Life Res. 2003;12(3): 229-238.

35. Presser S, Couper MP, Lessler JT, et al. Methods for testing and evaluating survey questions. Public Opin Q. 2004;68(1):109-130.

36. Statistique Canada. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada : dictionnaire de données. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2014.

37. Rust K, Rao JN. Variance estimation for complex surveys using replication techniques. Stats Methods Med Res. 1996;5:281-310.

38. Pelletier, L, O'Donnell, S, McRae, L, Grenier, J. Le fardeau économique de l'anxiété généralisée au Canada. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2017; [sous presse].

39. Pelletier L, O'Donnell S, Dykxhoorn J, McRae L, Patten SB. Under-diagnosis of mood disorders in Canada. Epidemiol Psychiatr Sci. 2016 May 6:1-10. [Epub disponible avant la version imprimée.]

40. Kazanjian A, Morettin D, Cho R. Health care utilization by Canadian women. BMC Womens Health. 2004; 4(Suppl 1):S33.

41. Noble RE. Depression in women. Metabolism. 2005 May;54(5 Suppl 1):49-52.

42. Duxbury L, Higgins C, Lee C. Work-family conflict: a comparison by gender, family type, and perceived control. J Fam Issues. 1994 Sept;15(3): 449-66.

43. Hobbs MJ, Anderson TM, Slade T, Andrews G. Relationship between measurement invariance and age-related differences in the prevalence of generalized anxiety disorder. J Affect Disord. 2014;152-154: 306-312.

44. Siegrist J. Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2008 Nov;258 Suppl 5:115-9.

45. Wang JL, Lesage A, Schmitz N, Drapeau A. The relationship between work stress and mental disorders in men and women: findings from a population-based study. J Epidemiol Community Health. 2008 Jan;62(1): 42-7.

46. Robards J, Evandrou M, Falkingham J, Vlachantoni A. Marital status, health and mortality. Maturitas. 2012 Dec; 73(4):295-9. doi: 10.1016/j.maturitas .2012.08.007. [Epub 21 septembre 2012.]

47. Frank JW, Mustard JF. The determinants of health from a historical perspective. Daedalus. 1994;123(4):1-17.

48. Diotte, E. Santé mentale et égalité des droits : les troubles de l'humeur – Analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Santé mentale de 2012. Ottawa (Ont.) : la Commission canadienne des droits de la personne; 2015 [N° au catalogue : HR4-28 /2015F-PDF].

49. Pampel FC, Krueger PM, Denney JT. Socioeconomic disparities in health behaviors. Annu Rev Sociol. 2010 Aug;36:349-370.

50. Vang Z; Sigouin J, Flenon A, Gagnon A. The healthy immigrant effect in Canada: a systematic review. Population Change and Lifecourse Strategic Knowledge Cluster Discussion Paper Series. 2015;3(1):Article 4. En ligne à : http://ir.lib.uwo.ca/pclc/vol3/iss1/4

51. MacMillan HL, Jamieson E, Walsh CA, et al. First Nations women's mental health: results from an Ontario survey. Arch Women Ment Health. 2008;11(2): 109-15.

52. Gouvernement du Canada. Santé mentale et bien-être des populations autochtones au Canada. Dans le document : Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2006:159-79 [N° de cat. HP5/19/2006F].

53. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1994 Jan;51(1):8-19.

54. McLaughlin TP, Khandker RK, Kruzikas DT, Tummala R. Overlap of anxiety and depression in a managed care population: prevalence and association with resource utilization. J Clin Psychiatry. 2006 Aug;67(8):1187-93.

55. Bland M. An introduction to medical statistics. 3e éd. Oxford: Oxford University Press; 2001.

56. Krausz RM, Clarkson AF, Strehlau V, Torchalla I, Li K, Schuetz CG. Mental disorder, service use, and barriers to care among 500 homeless people in 3 different urban settings. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2013 Aug;48(8): 1235-43.

57. Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. Int Psychogeriatr. 2010 Nov;22(7):1025-39.

58. Simpson AI, McMaster JJ, Cohen SN. Challenges for Canada in meeting the needs of persons with serious mental illness in prison. J Am Acad Psychiatry Law. 2013;41(4):501-9.

59. Kriegsman DM, Penninx BW, van Eijk JT, Boeke AJ, Deeg DJ. Self-reports and general practitioner information on the presence of chronic diseases in community dwelling elderly. A study on the accuracy of patients' self-reports and on determinants of inaccuracy. J Clin Epidemiol. 1996;49(12): 1407-17.

60. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5e éd. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2013.

61. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4e éd., texte révisé. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

62. Statistique Canada. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada (EPMCC) – guide de l'utilisateur – décembre 2009 [Internet]. Statistique Canada; 2010 [consulté le 24 juin 2016]. En ligne à : http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/pub/document/5160_D5_T1_V1-fra.htm

63. Statistique Canada. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada (EPMCC) – guide de l'utilisateur – novembre 2011 [Internet]. Statistique Canada; 2011 [consulté le 24 juin 2016]. En ligne à : http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/pub/document/5160_D4_T1_V2-fra.htm

64. Bladon TL. The downward trend of survey response rates: implications and considerations for evaluators. Canadian J Prog Eval [Internet]. 2009 [consulté le 24 juin 2016]; 24(2):131-156. En ligne à : http://www.evaluationcanada.ca/secure/24-2-131.pdf

État de santé, limitations d'activité, restrictions professionnelles et degré d'invalidité chez les Canadiens atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété

L. Loukine, M. Sc. (1); S. O'Donnell, M. Sc. (1); E. M. Goldner, M.D. (2,3); L. McRae, B. Sc. (1); H. Allen, M.P.A. (1)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction : Cette étude fournit, au moyen d'un échantillon de ménages fondé sur la population, le premier aperçu, chez des Canadiens adultes atteints de troubles de l'humeur ou d'anxiété, de leur état de santé globale et de santé mentale perçu, de leurs limitations fonctionnelles, de leurs restrictions professionnelles et de leur degré d'invalidité, ainsi que des facteurs associés à une invalidité grave.

Méthodologie : Nous avons utilisé les données de l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété. L'échantillon est composé de Canadiens âgés de 18 ans et plus, atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété autodéclaré et habitant l'une des 10 provinces (n = 3361; taux de réponse 68,9 %). Nous avons mené des analyses de régression logistiques multidimensionnelles multinomiales et descriptives.

Résultats : Parmi les Canadiens adultes atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété, plus d'un quart ont rapporté un état de santé globale (25,3 %) et de santé mentale (26,1 %) « passable ou médiocre », plus du tiers (36,4 %) ont mentionné avoir une ou plusieurs limitations fonctionnelles, la moitié (50,3 %) ont déclaré qu'une modification de leur emploi a été nécessaire pour continuer à travailler et plus du tiers (36,5 %) souffrait d'une invalidité grave. Les personnes avec troubles de l'humeur et d'anxiété concomitants ont mentionné de moins bons résultats : 56,4 % avaient une ou plusieurs limitations fonctionnelles, 65,8 % ont mentionné qu'une modification de leur emploi a été nécessaire et 49,6 % souffraient d'une invalidité grave. Après ajustement pour les caractéristiques individuelles, les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété qui étaient plus âgées, dont le revenu familial était situé dans le quintile du plus faible revenu ou du revenu faible à moyen ou qui avaient des troubles concomitants étaient plus susceptibles d'avoir une invalidité grave.

Conclusion : Les résultats de cette étude confirment que les troubles de l'humeur ou d'anxiété, surtout dans le cas de troubles concomitants, sont associés à des résultats en santé physique et mentale négatifs. Ces constats soutiennent les actions en politique et programmes de santé publique qui visent à améliorer la vie des personnes atteintes de ces troubles, surtout celles qui sont atteintes de troubles concomitants.

Mots-clés : troubles de l'humeur, troubles d'anxiété, état de santé, limitations fonctionnelles, restrictions liées au travail, invalidité, Health Utilities Index, enquête sur la santé, enquête démographique

Points saillants

- Les Canadiens adultes atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété étaient plus susceptibles que la population générale de rapporter un état de santé globale et de santé mentale « passable ou médiocre » et d'avoir une invalidité grave.
- Les personnes atteintes à la fois d'un trouble de l'humeur et d'un trouble d'anxiété étaient plus susceptibles que celles atteintes de l'un des deux seulement d'avoir déclaré un état de santé globale et de santé mentale perçu « passable ou médiocre », davantage de limitations fonctionnelles et de restrictions professionnelles et une invalidité grave.
- La majorité des personnes atteintes des deux troubles ont mentionné que des modifications ont dû être apportées à leur emploi pour qu'elles puissent continuer à travailler, et près de la moitié ont dû cesser de travailler en raison de leurs troubles.
- L'invalidité grave était la catégorie d'invalidité la plus prévalente chez les personnes atteintes des deux troubles.
- Après ajustement pour les caractéristiques individuelles, les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété qui étaient plus âgées, dont le revenu familial était situé dans le quintile du plus faible revenu ou du revenu faible à moyen ou qui avaient les deux troubles étaient plus susceptibles d'avoir une invalidité grave.

Introduction

Les troubles de l'humeur et d'anxiété peuvent avoir une incidence importante sur la santé physique et mentale, le degré d'invalidité et la qualité de vie globale[1,2]. Ces troubles sont également associés à d'importants coûts liés à l'utilisation des ressources médicales et aux pertes de productivité[3]. Les troubles de l'humeur englobent

Rattachement des auteurs :

1. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. Centre for Applied Research in Mental Health and Addictions (CARMHA), Université Simon Fraser, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
3. Faculté des sciences de la santé, Université Simon Fraser, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada

Correspondance : Louise McRae, Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Centre de prévention des maladies chroniques, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, 785 Carling Avenue, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-853-7222; téléc. : 613-941-2057; courriel : louise.mcrae@phac-aspc.gc.ca

la dépression et les troubles de bipolarité, et les troubles d'anxiété regroupent une variété de problèmes de santé parmi lesquels le trouble d'anxiété généralisée est le plus commun. En 2012, environ 3,5 millions (12,6 %) de Canadiens âgés de 15 ans ou plus ont rapporté avoir eu des symptômes correspondant à ceux d'un trouble de l'humeur et 2,4 millions (8,7 %) ont rapporté avoir eu des symptômes correspondant à ceux d'un trouble d'anxiété généralisée à un moment de leur vie[4,*]. Étant donné leur prévalence élevée et leur vaste incidence, les troubles de l'humeur et d'anxiété sont un défi de santé publique important au Canada.

À l'échelle mondiale, la dépression unipolaire et les troubles d'anxiété ont été classés respectivement premier et sixième contributeurs principaux des années de vie perdues en raison de l'invalidité dans l'étude *La charge mondiale de morbidité 2012*[5]. Au Canada, environ 4 millions d'années-personnes ont été perdues en raison d'une invalidité en général, dont 12 % ont été attribués à la dépression et au trouble bipolaire et environ 3 % aux troubles d'anxiété. De plus, l'Enquête canadienne sur l'incapacité a permis d'estimer qu'en 2012, 3,8 millions (13,7 %) des Canadiens âgés de 15 ans ou plus étaient atteints d'un type d'invalidité et 1,1 million (3,9 %) ont rapporté avoir une invalidité liée à la santé mentale, avec comme conditions sous-jacentes le plus souvent mentionnées la dépression et les troubles bipolaires et d'anxiété[6].

L'invalidité est une notion multidimensionnelle complexe. La Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations unies définit les personnes ayant une invalidité comme « celles qui ont une déficience physique, mentale, intellectuelle ou sensorielle durable qui, en interaction avec différents obstacles, pourrait empêcher leur participation complète et efficace dans la société sur la base d'une égalité avec les autres »[7].

De nombreuses études ont utilisé des mesures des activités de la vie quotidienne (AVQ)[†] et des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)[‡] pour définir l'invalidité en fonction des activités fonctionnelles nécessaires qui permettent à une personne de mener une vie indépendante[8-10]. Ces mesures sont habituellement dérivées de la cueillette de données autodéclarées et d'enquêtes de santé. Même si les activités évaluées varient d'une enquête à l'autre, ce qui rend difficile la comparaison des résultats entre études, les études utilisant ces mesures ont rapporté de fortes corrélations entre la dépression et les limitations d'activités[8,9,11]. Une autre mesure de l'invalidité est le Health Utilities Index Mark 3 (HUI)[12,13]. Les catégories d'invalidité fondées sur cet outil permettent la mesure systématique et la comparaison des divers degrés d'invalidité entre populations.

Un corpus important de travaux de recherche a révélé une corrélation constante entre la dépression et des limitations des AVQ et des AIVQ ainsi que l'invalidité[8-10,14]. De plus, les troubles de l'humeur et d'anxiété se sont avérés être associés à une perte de productivité au travail[15-17]. Cependant, à notre connaissance, seules quelques études canadiennes ont abordé le lien entre dépression et limitations fonctionnelles[14] et aucune n'a abordé le lien entre les troubles de l'humeur ou d'anxiété, les restrictions professionnelles et le degré d'invalidité. Il est donc nécessaire d'obtenir de l'information relative à ces relations à l'échelle de la population canadienne afin de contribuer aux initiatives politiques et pratiques, de faciliter l'élaboration d'interventions susceptibles de diminuer l'invalidité liée aux troubles de l'humeur et d'anxiété et d'aider au suivi des améliorations éventuelles au fil du temps.

À l'aide de données provenant d'un échantillon de ménages fondé sur la population d'adultes canadiens vivant avec un trouble de l'humeur ou d'anxiété, nous avons établi les objectifs suivants : (1) décrire l'état de santé mentale et de santé globale, les limitations fonctionnelles, les restrictions professionnelles et l'invalidité, et (2) cerner les caractéristiques sociodémographiques associées à des degrés d'invalidité graves.

Méthodologie

Source des données et échantillon

Nous avons utilisé des données provenant de l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété (EPMCC-THA) de 2014. Dans le cadre de l'EPMCC-THA de 2014, des Canadiens âgés de 18 ans et plus et vivant dans un logement privé dans les 10 provinces, ont répondu « oui » à la question de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC) – composante annuelle de 2013 leur demandant s'ils avaient reçu par un professionnel de la santé un diagnostic de trouble de l'humeur ou d'anxiété ayant persisté ou dont on s'attend à ce qu'il persiste au moins 6 mois. L'échantillon définitif comportait 3 361 répondants (taux de réponse de 68,9 %), soit 508 de la région de l'Atlantique, 593 du Québec, 1 162 de l'Ontario, 690 de la région des Prairies et 408 de la Colombie-Britannique. La méthodologie de l'EPMCC-THA de 2014 et les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon définitif ont été décrites ailleurs[18]. Les termes « troubles de l'humeur ou d'anxiété » utilisés dans cet article renvoient aux personnes qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic posé par un professionnel soit de trouble de l'humeur, soit de trouble d'anxiété soit de troubles de l'humeur et d'anxiété concomitants.

Mesures

L'état de santé a été évalué au moyen d'indicateurs de la santé globale et de la santé mentale perçues. Les deux ont été mesurés à partir des réponses à la question : « En général, diriez-vous que votre santé [ou santé mentale] est excellente, très bonne, bonne, passable ou médiocre? »[19].

Les limitations d'activités ont été mesurées en demandant aux répondants à quel point

[*] Les taux de prévalence étaient fondés sur une version modifiée du Composite International Diagnostic Interview 3.0 (CIDI) de l'Organisation mondiale de la santé, un outil normalisé permettant d'évaluer les troubles et les états mentaux conformément à une opérationnalisation des définitions et des critères du DSM-IV. Les estimations de la prévalence fondées sur le CIDI de l'OMS ne sont pas nécessairement comparables à la prévalence autodéclarée des troubles de l'humeur et d'anxiété diagnostiqués par un professionnel.

[†] Les AVQ comprennent les tâches de soins personnels de base, c'est-à-dire « les choses que nous faisons normalement dans notre vie quotidienne comme se nourrir, se laver, s'habiller, s'arranger, travailler, être au foyer, et avoir des loisirs » (MedTerms Medical Dictionary. [consulté le 28 août 2015]. Disponible à l'adresse : http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=2131)

[‡] Les AIVQ comprennent les compétences de base complexes requises pour bien vivre de façon indépendante et sont formées de différents domaines comme les tâches ménagères, la prise de médicament, la gestion de l'argent, les courses pour acheter de la nourriture et des vêtements, et l'utilisation d'appareils de communication et de moyens de transport. (Bookman A, Harrington M, Pass L, Reisner E. The family caregiver handbook: finding elder care resources in Massachusetts. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology; 2007.)

(« beaucoup », « un peu », ou « pas du tout ») leur trouble de l'humeur ou d'anxiété les avait limités dans sept domaines d'activités au cours des 12 derniers mois : loisirs et passe-temps; exercices ou sports; activités sociales en famille ou entre amis; tâches ménagères; magasinage et courses; voyages et vacances et enfin hygiène personnelle ou habillement. Ces questions étaient fondées sur le module État de santé général (SF-36) de l'ESCC – composante annuelle de 2013 conçues pour mesurer les limitations fonctionnelles attribuables à un trouble de l'humeur ou d'anxiété[19].

Les restrictions professionnelles ont été évaluées en demandant aux répondants si, dans leur environnement de travail actuel ou passé, des modifications dans leur emploi ont été nécessaires – notamment des changements dans le nombre d'heures de travail (« oui » ou « non »), dans le type de travail (« oui » ou « non ») et dans leur façon de réaliser leurs tâches au travail (« oui » ou « non ») – ou s'ils ont dû cesser de travailler (« oui » ou « non ») en raison de leur trouble de l'humeur ou d'anxiété. Ces questions étaient fondées sur la National Health Interview Survey (NHIS) des États-Unis et conçues pour saisir les restrictions liées au travail attribuables à un trouble de l'humeur ou d'anxiété[20].

Le degré d'invalidité était fondé sur le HUI, qui décrit la santé fonctionnelle selon huit domaines : la vision, l'ouïe, la parole, la déambulation, la dextérité, l'émotion, la cognition et la douleur[21]. Chaque domaine possède cinq à six degrés de fonctionnement, allant du degré le plus faible à la capacité complète. Les scores de chaque domaine sont combinés en un score d'état de santé global allant de 1 (santé parfaite) à 0 (décès), jusqu'à −0,36 (un état considéré comme pire que le décès). Les valeurs négatives du HUI représentent un état de santé auquel la mort serait préférable. Les quatre catégories d'invalidité proposées par Feeny et Furlong[12,13] et validées par Feng et coll.[22] au moyen de données canadiennes (« aucune invalidité », « invalidité légère », « invalidité modérée » et « invalidité grave ») ont été définies en fonction des scores d'état de santé global. On considérait que les participants n'avaient « aucune invalidité » si tous les domaines obtenaient le degré fonctionnel le plus élevé (HUI = 1), une « invalidité légère » si au moins un des domaines obtenait un degré fonctionnel réduit susceptible d'être corrigé et n'empêchant aucune activité (0,89 ≤ HUI ≤ 0,99), une « invalidité modérée » si au moins un des domaines obtenait un degré fonctionnel réduit ne pouvant être corrigé et empêchant certaines activités (0,70 ≤ HUI ≤ 0,88) et une « invalidité grave » si au moins un des domaines obtenait un degré fonctionnel réduit ne pouvant être corrigé et empêchant plusieurs activités (HUI < 0,70).

Analyse statistique

Pour décrire l'état de santé, les limitations fonctionnelles, les restrictions professionnelles et le degré d'invalidité par caractéristiques sociodémographiques des répondants, nous avons réalisé une analyse descriptive de données par tableaux croisés. Nous avons stratifié les données par type de trouble, c'est-à-dire trouble de l'humeur uniquement, trouble anxieux uniquement et troubles concomitants. Les caractéristiques sociodémographiques étaient le sexe (homme, femme), les groupes d'âge (18 à 34 ans, 35 à 49 ans, 50 à 64 ans et 65 ans et plus), l'état matrimonial (célibataire/jamais marié(e), veuf(ve)/divorcé(e)/séparé(e), marié(e)/conjoint(e) de fait); le niveau de scolarité (aucun diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, études postsecondaires partielles, diplôme d'études postsecondaires), le quintile de suffisance du revenu corrigé, la région (région de l'Atlantique, Québec, Ontario, Prairies, Colombie-Britannique), le milieu de résidence (urbain, rural), le fait d'être autochtone (oui, non) ou immigrant (oui, non). Nous avons divisé les répondants par quintile de suffisance du revenu corrigé d'après la répartition des revenus des ménages de Statistique Canada en déciles, c'est-à-dire le ratio du revenu total du ménage du répondant ajusté au seuil de faible revenu correspondant à la taille de son ménage et de sa collectivité[23]. Nous avons utilisé des tests du chi carré pour déterminer s'il y a un lien entre les caractéristiques sociodémographiques des répondants et le degré d'invalidité. Une valeur de $p \leq 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

Pour étudier le lien entre le degré d'invalidité et les caractéristiques du répondant, nous avons mené une analyse de régression logistique multidimensionnelle multinomiale et descriptive. Nous avons ajusté le modèle pour toutes les caractéristiques sociodémographiques et tous les types de troubles. Les résultats des tests de qualité de l'ajustement ont démontré que le modèle était significatif et bien ajusté aux données. Le score du quotient de vraisemblance et les tests de Wald ont confirmé que le modèle avec covariables choisies était supérieur au modèle avec interception uniquement. Les rapports de cotes (RC) avec une valeur de $p \leq 0,05$ ont été considérés comme statistiquement significatifs.

Pour tenir compte de la répartition de l'échantillon et de la conception de l'enquête, et pour généraliser à la population adulte canadienne totale atteinte d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété, toutes les estimations ont été pondérées[§] pour représenter la population à l'étude et la méthode *bootstrap* a été utilisée pour les estimations de variance[24]. Seuls les résultats ayant un coefficient de variation inférieur à 33,3 % sont mentionnés, conformément aux lignes directrices de Statistique Canada[25]. Nous avons réalisé toutes les analyses statistiques à l'aide du logiciel SAS, version 9.3 (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, États-Unis).

Résultats

État de santé, limitations fonctionnelles, restrictions professionnelles et degré d'invalidité par type de trouble

Dans l'ensemble, un Canadien sur quatre âgé de 18 ans ou plus ayant mentionné avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur ou un diagnostic de trouble d'anxiété posé par un professionnel a rapporté avoir un état de santé globale « passable ou médiocre » (25,3 % pour la santé mentale et 26,1 % pour la santé globale) (tableau 1). Ces résultats variaient par type de trouble. Les personnes ayant des troubles concomitants avaient de moins bons résultats : un état de santé « passable ou médiocre » a été rapporté par 37,9 % d'entre eux pour la santé globale et par 44,8 % pour la santé mentale.

Parmi les personnes atteintes d'un seul type de trouble (de l'humeur ou d'anxiété), moins de 30 % ont rapporté avoir eu

§ Facteurs de pondération ajustés par Statistique Canada pour les exclusions, le choix d'échantillon, les taux obtenus à l'intérieur de la portée, l'absence de réponse et la permission d'associer et de partager.

TABLEAU 1
État de santé, limitations fonctionnelles, restrictions professionnelles[a] et degré d'invalidité chez les Canadiens de 18 ans et plus atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété, stratifié par type de trouble (n = 3361), EPMCC-THA de 2014

	Type de troubles			Global
	Troubles de l'humeur uniquement (n = 1531) %[a] (IC à 95 %)	Troubles d'anxiété uniquement (n = 770) %[a] (IC à 95 %)	Troubles d'anxiété et de l'humeur concomitants (n = 1060) %[a] (IC à 95 %)	Troubles de l'humeur ou d'anxiété (n = 3361) %[a] (IC à 9 5%)
Santé globale perçue (« passable ou médiocre »)	21,6 (18,2 à 25,0)	16,2 (12,4 à 20,0)	37,9 (32,7 à 43,1)	25,3 (22,9 à 27,7)
Santé mentale perçue (« passable ou médiocre »)	21,0 (17,7 à 24,3)	11,5 (8,5 à 14,5)	44,8 (39,2 à 50,5)	26,1 (23,4 à 28,8)
Nombre de limitations fonctionnelles				
Une ou plus	27,8 (24,2 à 31,5)	27,0 (21,3 à 32,7)	56,4 (50,8 à 62,1)	36,4 (33,6 à 39,2)
Trois ou plus	13,2 (10,4 à 16,1)	9,3 (5,8 à 12,8)	31,2 (25,7 à 36,8)	17,8 (15,5 à 20,1)
Restrictions professionnelles[b]				
Des modifications ont dû être apportées à l'emploi pour continuer à travailler	43,6 (38,4 à 48,8)	44,2 (36,9 à 51,6)	65,8 (59,7 à 71,9)	50,3 (46,7 à 54,0)
A déjà cessé complètement de travailler	32,1 (27,2 à 37,1)	24,3 (18,0 à 30,7)	47,9 (41,3 à 54,6)	34,9 (31,7 à 38,8)
Degré d'invalidité				
Grave	31,5 (27,6 à 35,4)	29,2 (23,8 à 34,6)	49,6 (44,0 à 55,1)	36,5 (33,6 à 39,4)
Modéré	24,7 (20,4 à 29,0)	19,4 (14,7 à 24,2)	22,9 (18,3 à 27,5)	22,9 (20,2 à 25,5)
Léger	30,9 (26,7 à 35,0)	38,9 (32,9 à 45,0)	18,9 (14,7 à 23,1)	29,1 (26,3 à 31,9)
Aucune	12,9 (9,5 à 16,3)	12,5 (8,8 à 16,2)	8,6 (5,7 à 11,6)	11,5 (9,6 à 13,4)

Abréviations : EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété; IC, intervalle de confiance.

[a] Les pourcentages sont basés sur les effectifs pondérés afin de représenter la population canadienne de 18 ans et plus avec un trouble de l'humeur ou d'anxiété et vivant dans les 10 provinces.

[b] Parmi les personnes qui ont déjà travaillé ou qui continuent de travailler (n = 2528).

« beaucoup » de limitations dans au moins une des sept catégories d'activités décrites précédemment, et entre 9 % et 13 % ont rapporté avoir eu « beaucoup » de limitations dans au moins trois de ces activités. Parmi les personnes atteintes de troubles concomitants (trouble de l'humeur et trouble d'anxiété), plus de la moitié ont rapporté des limitations dans au moins une activité et un tiers (31,2 %) ont rapporté des limitations dans au moins trois activités. Quel que soit le type de trouble, les loisirs et passe-temps et les activités sociales en famille ou entre amis faisaient partie des trois principales activités pour lesquelles les répondants ont mentionné avoir eu « beaucoup » de limitations, la troisième activité en importance variant, elle, selon le type de trouble.

En matière de restrictions professionnelles, pour la moitié (50,3 %) des personnes atteintes d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété qui ont déjà travaillé ou qui travaillaient, des modifications ont dû être apportées à leur emploi pour qu'elles puissent continuer à travailler. Plus d'un tiers des répondants (34,9 %) ont cessé de travailler en raison de leur trouble. L'impact le plus important sur le travail a été observé chez les personnes atteintes de troubles concomitants : pour deux tiers (65,8 %), des modifications ont dû être apportées à leur emploi pour qu'elles puissent continuer à travailler et près de la moitié (47,9 %) ont rapporté avoir cessé de travailler en raison de leurs troubles.

Dans l'ensemble, les personnes atteintes de trouble de l'humeur ou d'anxiété avaient plus souvent une invalidité grave que les autres degrés d'invalidité (36,5 %). Moins du tiers des personnes atteintes d'un type de trouble uniquement et près de la moitié (49,6 %) de celles atteintes des deux troubles avaient une invalidité grave. Seule une personne atteinte d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété sur 10 (11,5 %) n'avait aucune invalidité.

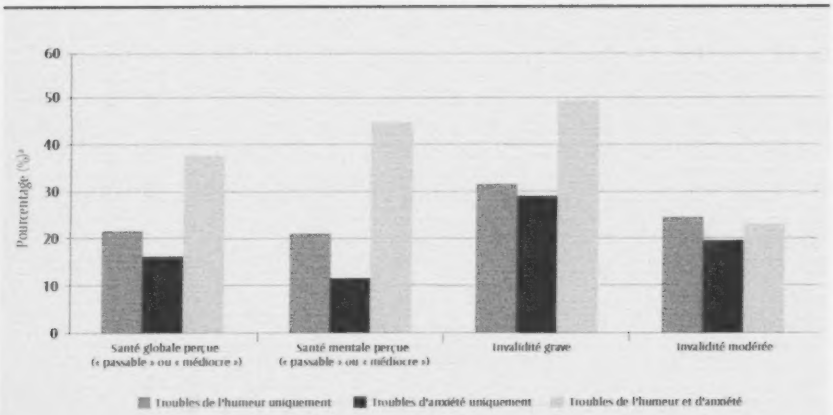
En résumé, les personnes atteintes de troubles concomitants étaient plus susceptibles que celles atteintes d'un seul type de trouble de rapporter un état de santé globale et de santé mentale « passable ou médiocre », un nombre plus élevé de limitations fonctionnelles et de restrictions professionnelles et elles étaient également plus susceptibles d'avoir une invalidité grave (figures 1 et 2).

Caractéristiques sociodémographiques par type de trouble et degré d'invalidité **

Parmi les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur uniquement, des relations importantes ont été établies entre le degré d'invalidité et l'âge, le niveau de scolarité et le quintile de suffisance du revenu du

** En raison de la petite taille de l'échantillon, certaines estimations avaient un CV élevé (> 33,3 %), ce qui témoigne d'une variabilité importante dans l'échantillon et de la qualité non acceptable des estimations.

FIGURE 1
État de santé et invalidité, par type de trouble chez les Canadiens de 18 ans et plus atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété (n = 3361), EPMCC-THA de 2014



Abréviation : EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété.

[a] Les pourcentages sont basés sur les effectifs pondérés afin de représenter la population canadienne de 18 ans et plus avec un trouble de l'humeur ou d'anxiété et vivant dans les 10 provinces.

ménage (tableau 2). Les personnes âgées de 50 ans et plus étaient plus susceptibles d'avoir une invalidité grave comparativement aux personnes du groupe d'âge le plus jeune. De plus, les personnes qui n'avaient pas obtenu de diplôme d'études secondaires et celles dont le revenu se situait dans le quintile de suffisance du revenu le plus faible étaient plus susceptibles d'avoir une invalidité grave, comparativement aux personnes qui possédaient un diplôme d'études secondaires et dont le revenu se situait dans les deux quintiles de suffisance du revenu les plus élevés.

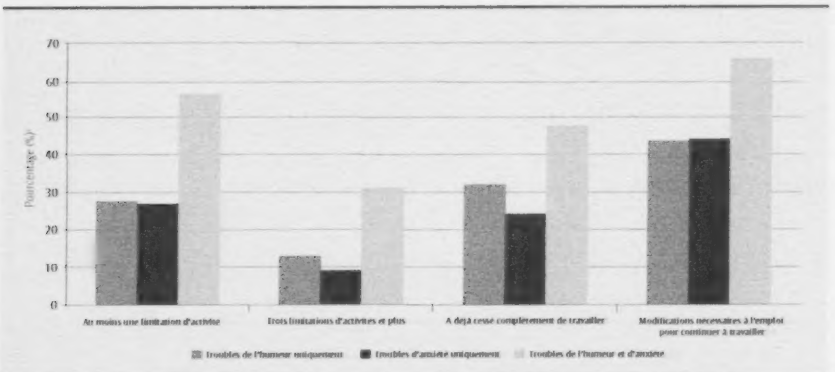
Parmi les personnes atteintes d'un trouble d'anxiété uniquement, nous avons observé des relations importantes entre le degré d'invalidité et l'état matrimonial, et le degré d'invalidité et la suffisance du revenu du ménage. Les personnes veuves/divorcées/séparées étaient plus susceptibles d'avoir une invalidité grave comparativement aux personnes célibataires/jamais mariées ou mariées/conjointes de fait. De plus, les personnes dont le revenu se situait dans le quintile de suffisance du revenu le plus faible étaient plus susceptibles d'avoir une invalidité grave que les personnes dont le revenu se situait dans les deux quintiles de suffisance du revenu les plus élevés.

Parmi les personnes atteintes de troubles concomitants, nous avons observé une relation importante entre le degré d'invalidité et la suffisance du revenu du ménage uniquement : les personnes dont le revenu se situait dans le quintile de suffisance du revenu le plus faible étaient plus susceptibles d'avoir une invalidité grave comparativement aux personnes qui possédaient un diplôme d'études secondaires et dont le revenu se situait dans les deux quintiles de suffisance du revenu les plus élevés.

Nous n'avons observé aucune relation significative entre les degrés d'invalidité et le sexe, la région ou le milieu de résidence. En raison de la petite taille des échantillons, il n'était pas possible de réaliser une analyse de données par tableaux croisés pour les populations immigrantes et autochtones.

En résumé, nous avons observé qu'une proportion plus élevée des personnes atteintes d'invalidité grave se trouvait dans le quintile de suffisance du revenu le plus faible (trouble de l'humeur ou d'anxiété), était âgée de 50 ans ou plus ou n'avait pas obtenu de diplôme d'études secondaires (trouble de l'humeur uniquement) ou était veuve, divorcée ou séparée (trouble d'anxiété uniquement).

FIGURE 2
Limitations fonctionnelles (n = 3361) et restrictions professionnelles[a] (n = 2528) par type de trouble chez les Canadiens de 18 ans et plus atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété, EPMCC-THA de 2014



Abréviation : EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété.

[a] Les pourcentages sont basés sur les effectifs pondérés afin de représenter la population canadienne de 18 ans et plus avec un trouble de l'humeur ou d'anxiété et vivant dans les 10 provinces.

Facteurs associés à des degrés variables d'invalidité

Après ajustement pour toutes les caractéristiques sociodémographiques et les types de troubles, les résultats de l'analyse de régression logistique multidimensionnelle multinomiale ont montré que les personnes de 50 à 64 ans étaient 4,5 fois plus susceptibles d'avoir une invalidité grave que celles âgées de 18 à 34 ans (tableau 3). Dans une moindre mesure, les personnes de 35 à 49 ans et de 65 ans et plus étaient plus susceptibles d'avoir une invalidité grave que celles du groupe d'âge le plus jeune

(RC = 2,7 et 2,2, respectivement). De plus, les personnes dont le revenu se situait dans le quintile de suffisance du revenu le plus faible et intermédiaire étaient plus susceptibles de se trouver dans la catégorie d'invalidité grave que celles dont le revenu se situait dans le quintile de suffisance du revenu du ménage le plus élevé (RC = 2,7 et 2,9, respectivement). Finalement, les personnes atteintes de troubles concomitants étaient 1,9 fois plus susceptibles d'avoir une invalidité grave que les personnes atteintes d'un trouble d'anxiété uniquement.

Il n'y avait aucun RC significatif entre le degré d'invalidité de la personne et le sexe, l'état matrimonial, le niveau de scolarité, le statut vis-à-vis de l'immigration, le fait d'autre autochtone, le milieu de résidence ou la région, sauf dans les Prairies. Comparativement à leurs homologues vivant en Ontario, les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété dans les Prairies étaient 1,7 fois plus susceptibles d'avoir une invalidité grave. Cependant, le RC n'avait qu'une signification statistique relative.

Bref, les personnes les plus à risque d'avoir une invalidité grave étaient plus âgées, plus particulièrement âgées de 50 à 64 ans, se trouvaient dans les quintiles de suffisance du revenu du ménage le plus faible et intermédiaire et avaient des troubles concomitants.

Analyse

Les résultats de notre étude démontrent que les troubles de l'humeur et d'anxiété jouent un rôle important dans l'état de santé globale et de santé mentale perçu par une personne. Comparativement à la population canadienne générale questionnée dans le cadre de l'ESCC – Composante annuelle de 2013 (soit l'enquête source pour l'EPMCC-THA de 2014), une proportion significativement plus importante (de 2 à 4 fois) de la population affectée par un trouble de l'humeur ou d'anxiété a rapporté un état de santé globale et de santé mentale « passable ou médiocre » (données non présentées). De la même façon, le degré d'invalidité observé parmi les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété dans cette étude était considérablement plus élevé que celui observé dans la population canadienne générale. Les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété avaient plus souvent une invalidité « grave » que d'autres degrés d'invalidité, alors que la population générale de ménages canadiens était plus susceptible d'avoir une invalidité « légère »[22]. De plus, les résultats de cette étude sont cohérents avec les résultats d'études précédentes qui révèlent que les troubles de l'humeur et d'anxiété sont associés à des limitations d'activités importantes[8,9,14] et à l'invalidité[10,26-28].

Le lien de cause à effet entre les troubles de l'humeur et d'anxiété et les limitations fonctionnelles et l'invalidité est complexe et serait bidirectionnel. La maladie chronique, les limitations fonctionnelles et l'invalidité peuvent mener à des fluctuations d'humeur, à la dépression[8,26] et à l'anxiété.[29] Inversement, des études longitudinales et de cohortes ont révélé que les troubles de l'humeur mènent à des déficiences dans une vaste gamme d'activités, même lorsqu'un contrôle est effectué pour les facteurs contributifs[14]. Cette relation pourrait être attribuable aux principaux symptômes du trouble de l'humeur, à savoir un sentiment de désespoir, une perte d'intérêt et de motivation, l'indécision, des perturbations du sommeil et des difficultés de concentration. De la même façon, le trouble d'anxiété peut entraver l'activité en raison d'inquiétudes ou de peurs dérangeantes et incontrôlables qui interfèrent avec la capacité de réaliser des tâches et la capacité de quitter la maison. Notre étude a révélé que les troubles de l'humeur et d'anxiété sont positivement associés à une augmentation du nombre des limitations fonctionnelles et du degré d'invalidité.

Les troubles de l'humeur et les troubles de l'humeur et d'anxiété concomitants étaient associés à des taux particulièrement élevés d'invalidité modérée à grave. Nos résultats sont cohérents avec ceux d'études précédentes, qui ont révélé que les troubles de l'humeur et d'anxiété concomitants augmentent le degré d'invalidité chez les personnes qui en sont atteintes et augmentent la consommation de ressources et les coûts associés aux soins de santé à un niveau supérieur à celui d'une personne atteinte d'un seul de ces deux troubles[30,31]. Puisque les études épidémiologiques ont révélé que les troubles de l'humeur et d'anxiété sont prévalents avec des taux élevés de comorbidités[32-35], nous supposons que les troubles de l'humeur et d'anxiété sont responsables d'une invalidité importante à l'échelle de la population.

Une distribution semblable de l'invalidité a été observée chez les hommes et les femmes, même si la prévalence des troubles de l'humeur et d'anxiété est habituellement plus élevée chez les femmes que chez les hommes[36]. Il n'y a aucun consensus dans la littérature relativement à l'influence du sexe en ce qui concerne l'association entre invalidité et troubles de l'humeur ou d'anxiété, ou entre invalidité et troubles mentaux globaux. Bien que certaines études suggèrent que les femmes atteintes de dépression sont plus susceptibles d'avoir une invalidité sociale et physique que leurs homologues masculins[37], d'autres études démontrent le contraire[8,10,14]. Les variations entre études pourraient être attribuables aux différences dans les définitions de l'invalidité et dans la composition des populations étudiées.

Nous avons observé que l'âge était associé au degré d'invalidité, c'est-à-dire que les personnes plus âgées, surtout celles de 50 à 64 ans, avaient des degrés d'invalidité supérieurs à celles du groupe le plus jeune. Ces résultats sont cohérents avec les résultats relatifs à l'âge concernant l'utilisation des services de santé pour les troubles de l'humeur et d'anxiété[37] et pourraient avoir un lien avec les défis spécifiques auxquels cette sous-population est confrontée, notamment des taux plus élevés de problèmes physiques et de troubles de santé mentale[7] concomitants. Il a été démontré que les personnes atteintes de problèmes physiques et mentaux sont plus susceptibles de souffrir d'invalidité, après contrôle pour les caractéristiques sociodémographiques, l'emploi et la région[38].

De plus, une étude traitant de l'association entre le stress en milieu de travail et les troubles mentaux a révélé que les personnes en âge de travailler ayant rapporté un déséquilibre entre le travail et la vie personnelle ou familiale avaient un risque plus élevé d'être atteintes d'un trouble mental, quel que soit le sexe[39]. Les personnes qui ont plusieurs rôles, comme travailler en plus de prendre soin de leurs parents ou beaux-parents et de leurs enfants, sont habituellement âgés de 45 à 65 ans[40]. Cette population de personnes, celles de la « génération sandwich », devrait s'accroître, car d'une part les gens ont maintenant des enfants plus tard et d'autre part le gouvernement recommande une transition des soins officiels aux soins non officiels pour les aînés[41].

TABLEAU 2
Caractéristiques sociodémographiques des Canadiens de 18 ans et plus atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété, stratifiées par type de trouble et degré d'invalidité (n = 3361), EPMCC-THA de 2014

	Type de troubles														
	Troubles de l'humeur uniquement %[a] (IC à 95 %)					Troubles anxieux uniquement %[a] (IC à 95 %)					Troubles anxieux et de l'humeur concomitants %[a] (IC à 95 %)				
	Catégorie d'invalidité					Catégorie d'invalidité					Catégorie d'invalidité				
	Grave	Modérée	Légère	Aucune invalidité	Test du chi carré, valeur *p*	Grave	Modérée	Légère	Aucune invalidité	Test du chi carré, valeur *p*	Grave	Modérée	Légère	Aucune invalidité	Test du chi carré, valeur *p*
Sexe															
Femmes	33,7 (28,7-38,6)	23,5 (18,7-28,4)	30,7 (25,8-35,6)	12,1 (7,6-16,6)	0,656	29,9 (23,0-36,9)	20,2 (14,5-25,9)	39,8 (32,2-47,5)	10,0 (6,2-13,8)	0,239	47,8 (42,1-53,6)	24,1 (18,9-29,3)	19,9 (15,5-24,3)	8,1 (5,2-11,1)	0,789
Hommes	28,2 (22,1-34,4)	26,4 (18,9-34,0)	31,1 (23,5-38,8)	14,2 (8,8-19,5)		27,4 (17,5-37,2)	17,4 (10,0-24,8)	36,7 (26,7-46,6)	18,6 (10,6-26,5)		52,5 (41,8-63,2)	20,8 (12,6-29,0)	17,2 (9,1-25,4)	RD[b]	
Groupe d'âge (ans)															
18 à 34	19,7 (12,5-26,9)	28,4 (19,0-37,7)	31,3 (21,1-41,5)	20,6 (11,5-29,8)	0,016[c]	24,4 (13,7-35,1)	18,6 (9,0-28,2)	38,4 (27,9-48,9)	18,5 (10,3-26,7)	0,404	44,8 (32,8-56,8)	28,0 (17,6-38,4)	18,6 (9,0-28,2)	8,6 (3,5-13,7)	0,260
35 à 49	31,3 (23,3-39,3)	20,6 (12,8-28,5)	38,1 (29,5-46,7)	9,9 (5,0-14,9)		28,4 (15,8-41,0)	18,4 (8,4-28,4)	39,9 (25,2-54,6)	13,3 (5,8-20,7)		42,2 (30,3-54,2)	26,7 (15,6-37,7)	21,2 (11,9-30,5)	RD[b]	
50 à 64	38,1 (31,1-45,1)	25,6 (17,7-33,5)	25,6 (19,4-31,9)	10,7 (4,3-17,1)		32,6 (22,8-42,4)	19,3 (11,1-27,5)	42,9 (30,7-55,2)	5,2 (1,9-8,5)		59,6 (51,9-67,3)	14,9 (9,1-20,6)	18,8 (13,0-24,7)	6,7 (2,9-10,5)	
65 et plus	36,0 (28,3-43,7)	23,4 (17,0-29,8)	30,0 (23,0-37,1)	10,5 (4,8-16,3)		35,2 (24,9-45,4)	23,5 (15,3-31,7)	30,4 (21,1-39,8)	10,8 (3,9-17,8)		51,8 (41,7-62,0)	23,6 (15,1-32,2)	14,1 (8,2-20,1)	10,4 (4,1-16,6)	
État matrimonial															
Célibataire ou jamais marié(e)	29,7 (21,8-37,5)	26,8 (18,1-35,4)	30,9 (21,5-40,3)	12,7 (6,1-19,2)	0,171	26,3 (16,1-36,5)	24,2 (14,0-34,5)	29,8 (20,2-39,5)	19,6 (10,7-28,6)	<0,001[c]	50,9 (40,8-61,1)	24,9 (15,7-34,1)	16,7 (8,2-25,2)	7,5 (3,4-11,6)	0,452
Veuf(ve)/ divorcé(e)/ séparé(e)	39,6 (31,6-47,7)	29,9 (22,0-37,8)	20,1 (14,1-26,0)	10,4 (4,0-16,9)		59,0 (40,7-77,3)	15,0 (6,9-23,1)	20,9 (9,0-32,8)	RD[b]		57,5 (47,2-67,8)	14,2 (8,1-20,2)	18,6 (10,5-26,8)	9,7 (4,0-15,4)	
Marié(e)/ conjoint(e) de fait	29,9 (24,9-34,8)	22,2 (16,5-27,9)	34,2 (28,3-40,0)	13,8 (9,0-18,6)		23,9 (17,7-30,1)	18,1 (12,2-24,1)	47,2 (38,5-55,8)	10,8 (6,7-14,9)		45,5 (37,0-54,0)	25,5 (18,5-32,5)	20,2 (14,1-26,3)	8,8 (4,1-13,5)	
Niveau de scolarité															
Études secondaires non terminées	47,0 (35,0-59,0)	23,5 (14,4-32,7)	24,8 (14,5-35,1)	RD[b]	0,019[c]	36,6 (25,0-48,1)	19,5 (10,8-28,2)	32,2 (20,7-43,7)	RD[b]	0,281	64,2 (51,9-76,4)	17,3 (8,2-26,4)	RD[b]	RD[b]	0,230

Suite page suivante

Diplôme d'études secondaires	36,4 (28,0-44,9)	21,4 (14,3-28,5)	27,4 (20,1-34,6)	RD[b]		33,7 (21,7-45,8)	15,1 (6,4-23,7)	36,8 (25,3-48,2)	14,4 (5,3-23,6)		50,3 (39,7-60,8)	23,7 (13,9-33,5)	18,7 (10,7-26,7)	RD[b]	
Études postsecondaires partielles	29,9 (16,2-43,6)	27,8 (12,6-43,0)	19,7 (8,2-31,3)	RD[b]		RD[b]	RD[b]	RD[b]	RD[b]		63,4 (47,2-79,5)	RD[b]	RD[b]	RD[b]	
Diplôme d'études postsecondaires	26,7 (22,1-31,3)	25,8 (20,0-31,6)	34,7 (28,8-40,6)	12,8 (8,8-16,8)		25,6 (18,2-33,0)	18,9 (12,8-24,9)	43,2 (34,8-51,5)	12,4 (7,7-17,0)		45,4 (37,4-53,4)	24,6 (18,2-31,0)	21,4 (15,2-27,7)	8,6 (4,6-12,6)	
Suffisance du revenu du ménage															
Quintile 1 (faible)	41,3 (32,9-49,6)	23,4 (15,5-31,4)	24,3 (16,1-32,5)	11,0 (4,7-17,4)	0,032[c]	51,5 (37,0-66,0)	12,5 (6,4-18,6)	25,8 (14,4-37,2)	RD[b]	<0,001[c]	66,7 (57,7-75,7)	15,4 (8,5-22,4)	11,4 (5,2-17,6)	6,5 (3,0-10,0)	<0,001[c]
Quintile 2 (faible-moyen)	38,3 (28,0-48,6)	28,7 (17,6-39,7)	21,7 (14,6-28,7)	11,4 (0,8-21,9)		20,4 (10,9-29,8)	32,2 (18,4-46,0)	38,2 (26,2-50,1)	RD[b]		52,1 (40,6-63,6)	16,5 (8,8-24,2)	18,0 (10,2-25,7)	RD[b]	
Quintile 3 (moyen)	31,0 (22,3-39,7)	22,7 (12,4-33,0)	27,0 (16,9-37,2)	19,2 (10,2-28,3)		39,4 (25,8-53,0)	21,0 (9,8-32,2)	29,4 (16,2-42,7)	RD[b]		31,0 (21,2-40,9)	42,9 (30,9-54,9)	21,0 (11,9-30,0)	5,1 (2,0-8,2)	
Quintile 4 (moyen supérieur)	22,9 (15,5-30,4)	24,7 (17,6-31,8)	42,2 (33,2-51,3)	10,2 (4,3-16,0)		14,9 (6,8-23,0)	11,7 (5,7-17,7)	59,8 (45,6-73,9)	13,6 (5,7-21,5)		40,2 (26,7-53,7)	25,4 (14,1-36,7)	27,1 (16,6-37,5)	7,3 (2,1-12,6)	
Quintile 5 (supérieur)	22,9 (14,7-31,1)	24,4 (15,1-33,8)	40,8 (31,5-50,1)	11,8 (5,2-18,4)		20,5 (8,6-32,4)	21,6 (11,3-31,9)	37,9 (25,3-50,5)	20,0 (10,0-29,9)		45,9 (28,9-62,9)	17,4 (6,9-27,9)	23,5 (8,0-39,1)	RD[b]	
Région															
Région de l'Atlantique	28,7 (20,2-37,1)	24,6 (15,5-33,7)	34,7 (23,9-45,5)	12,0 (5,0-19,0)	0,074	32,2 (20,7-43,8)	14,5 (6,6-22,3)	43,5 (30,8-56,2)	9,8 (3,6-16,0)	0,608	46,8 (35,7-57,9)	23,4 (13,8-33,0)	23,8 (12,3-35,3)	RD[b]	0,770
Québec	22,1 (14,3-29,9)	29,9 (20,1-39,7)	36,0 (25,6-46,5)	12,0 (5,0-19,1)		33,3 (22,5-44,0)	24,2 (14,3-34,0)	34,2 (23,3-45,1)	RD[b]		42,6 (31,3-53,9)	21,3 (11,9-30,8)	27,4 (17,6-37,1)	RD[b]	
Ontario	33,7 (27,1-40,3)	24,3 (16,9-31,8)	26,8 (20,8-32,8)	15,2 (8,5-21,8)		24,4 (15,4-33,3)	16,1 (9,6-22,6)	43,3 (30,8-55,9)	16,2 (8,4-24,0)		52,9 (44,0-61,7)	22,7 (14,6-30,7)	16,8 (9,4-24,1)	7,7 (3,1-12,3)	
Prairie region	43,7 (34,8-52,5)	20,0 (14,2-25,8)	26,3 (19,0-33,7)	10,0 (4,2-15,8)		30,7 (13,9-47,4)	RD[b]	38,8 (24,3-53,3)	16,2 (6,3-26,0)		48,6 (34,0-63,2)	25,1 (13,7-36,4)	13,7 (7,7-19,7)	RD[b]	
Colombie-Britannique	22,8 (14,8-30,9)	25,9 (15,1-36,6)	39,6 (26,8-52,4)	11,7 (3,9-19,5)		26,4 (5,5-47,4)	RD[b]	33,6 (14,3-53,0)	RD[b]		51,6 (38,1-65,0)	22,1 (11,9-32,3)	18,9 (9,3-28,5)	RD[b]	
Milieu de résidence															
Rural	34,2 (26,6-41,7)	23,5 (17,3-29,6)	35,5 (28,0-43,0)	6,9 (3,5-10,3)	0,076	25,6 (17,7-33,4)	15,7 9,6-21,9)	46,1 (36,1-56,2)	12,6 (5,9-19,2)	0,434	53,7 (42,9-64,4)	27,6 (17,8-37,4)	12,2 (6,5-17,9)	RD[b]	0,242
Urbain	30,9 (26,6-35,2)	25,0 (20,0-29,9)	29,9 (25,1-34,6)	14,2 (10,1-18,4)		30,2 (23,5-36,8)	20,4 (14,6-26,2)	37,0 (29,7-44,3)	12,5 (8,1-16,8)		48,9 (42,6-55,1)	22,1 (17,0-27,2)	20,1 (15,2-24,9)	9,0 (5,7-12,3)	

Abréviations : EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété; IC, intervalle de confiance; RD, rien à déclarer.

[a] Les pourcentages sont basés sur les effectifs pondérés afin de représenter la population canadienne de 18 ans et plus avec un trouble de l'humeur ou d'anxiété et vivant dans les 10 provinces.

[b] Coefficient de variation supérieur à 33,3.

[c] Significatif d'un point de vue statistique à $p < 0,05$.

TABLEAU 3

Rapport de cotes corrigé lié à la possibilité de se trouver dans les catégories d'invalidité « grave », « modérée » ou « légère » comparativement à la catégorie « aucune invalidité », par caractéristiques sociodémographiques et type de trouble chez des Canadiens de 18 ans et plus atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété (n = 3361), EPMCC-THA de 2014

Caractéristiques sociodémographiques	Degré d'invalidité	RC (IC à 95 %)	Valeur *p*
Sexe			
Femmes comparativement aux hommes	Grave	1,1 (0,7 à 1,8)	0,633
	Modéré	1,2 (0,7 à 2,0)	0,434
	Léger	1,4 (0,9 à 2,3)	0,167
	Aucun	référence	
Groupe d'âge (ans)			
35 à 49 comparativement à 18 à 34	Grave	2,7[a] (1,4 à 5,3)	0,004[a]
	Modéré	1,5 (0,8 à 2,8)	0,220
	Léger	1,9[a] (1,0 à 3,6)	0,048[a]
	Aucun	référence	
50 à 64 comparativement à 18 à 34	Grave	4,5[a] (2,3 à 8,9)	< 0,001[a]
	Modéré	2,1[a] (1,1 à 4,0)	0,035[a]
	Léger	2,2[a] (1,1 à 4,3)	0,028[a]
	Aucun	référence	
65+ comparativement à 18 à 34	Grave	2,2[a] (1,0 à 4,6)	0,042[a]
	Modéré	1,4 (0,6 à 2,8)	0,421
	Léger	1,4 (0,7 à 2,9)	0,368
	Aucun	référence	
État matrimonial			
Célibataire, jamais marié(e) comparativement à marié(e)/conjoint(e) de fait	Grave	1,4 (0,7 à 2,5)	0,348
	Modéré	1,4 (0,7 à 2,7)	0,326
	Léger	1,1 (0,5 à 2,1)	0,869
	Aucun	référence	
Veuf(ve)/divorcé(e)/séparé(e) comparativement à marié(e)/conjoint(e) de fait	Grave	1,2 (0,7 à 2,1)	0,606
	Modéré	0,9 (0,5 à 1,8)	0,828
	Léger	0,7 (0,4 à 1,2)	0,192
	Aucun	référence	
Niveau de scolarité			
Aucun diplôme d'études secondaires comparativement à un diplôme d'études postsecondaires	Grave	1,5 (0,8 à 2,7)	0,174
	Modéré	1,0 (0,5 à 1,8)	0,911
	Léger	0,9 (0,4 à 1,6)	0,631
	Aucun	référence	
Diplôme d'études secondaires comparativement à un diplôme d'études postsecondaires	Grave	1,2 (0,7 à 2,1)	0,572
	Modéré	1,0 (0,5 à 1,8)	0,985
	Léger	0,9 (0,5 à 1,5)	0,668
	Aucun	référence	
Études postsecondaires partielles comparativement à un diplôme d'études postsecondaires	Grave	0,9 (0,3 à 2,6)	0,904
	Modéré	0,9 (0,3 à 2,6)	0,803
	Léger	0,4 (0,1 à 1,2)	0,092
	Aucun	référence	

Suite page suivante

Lorsque les données étaient stratifiées par statut socioéconomique, la suffisance du revenu du ménage et le niveau de scolarité étaient associés négativement au degré d'invalidité chez les personnes atteintes de trouble de l'humeur ou d'anxiété. Les personnes qui avaient la plus faible suffisance du revenu du ménage et qui n'avaient pas obtenu leur diplôme d'études secondaires avaient des degrés d'invalidité plus élevés que les personnes qui avaient une suffisance du revenu du ménage et un niveau de scolarité supérieurs. L'association entre les degrés d'invalidité et la scolarité, cependant, pourrait être influencée par le revenu du ménage, puisque le RC lié au fait de se trouver dans les catégories d'invalidité grave, modérée ou légère comparativement à la catégorie aucune invalidité pour les personnes n'ayant pas obtenu de diplôme d'études secondaires n'était pas significatif d'un point de vue statistique lorsqu'il était ajusté pour d'autres facteurs comme la suffisance du revenu du ménage. En général, les résultats liés au statut socioéconomique de cette étude sont cohérents avec ceux d'autres recherches, qui ont révélé qu'un revenu et un niveau de scolarité inférieurs sont associés à des résultats négatifs sur la santé[42,43].

Un autre résultat important découlant de cette étude est le grand impact des troubles de l'humeur et d'anxiété sur les fonctions professionnelles, surtout chez les personnes atteintes de troubles concomitants. Même si les troubles de l'humeur et d'anxiété varient en durée et en gravité, les personnes ayant des symptômes chroniques ou récurrents et celles qui ont des symptômes plus graves sont particulièrement susceptibles de devenir inaptes au travail. Même si les données de l'enquête n'ont pas permis d'étudier l'absentéisme et le présentéisme au travail, la littérature suggère que les personnes atteintes de troubles anxieux et de l'humeur ont un risque plus élevé de s'absenter du travail et d'avoir un moins bon rendement au travail[44-46]. De plus, on a estimé à environ 500 000 le nombre de Canadiens absents du travail tous les jours en raison d'une dépression[47]. Il n'a pas été possible de tenir compte des impacts potentiels du sous-emploi (c.-à-d. les personnes avec des compétences qui leur permettraient d'obtenir une meilleure carrière si elles ne souffraient pas d'un trouble mental) car ces données n'ont pas été recueillies dans l'EPMCC-THA de 2014.

TABLEAU 3 (suite)
Rapport de cotes corrigé lié à la possibilité de se trouver dans les catégories d'invalidité « grave », « modérée » ou « légère » comparativement à la catégorie « aucune invalidité », par caractéristiques sociodémographiques et type de trouble chez des Canadiens de 18 ans et plus atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété (n = 3361), EPMCC-THA de 2014

Caractéristiques sociodémographiques	Degré d'invalidité	RC (IC à 95 %)	Valeur *p*
Quintiles de la suffisance du revenu du ménage			
Quintile 1 (faible) comparativement au quintile 5 (supérieur)	Grave	2,7[a] (1,3 à 5,9)	0,01[a]
	Modéré	1,4 (0,6 à 3,0)	0,405
	Léger	1,0 (0,5 à 2,2)	0,951
	Aucun	référence	
Quintile 2 (faible à moyen) comparativement au quintile 5 (supérieur)	Grave	2,9[a] (1,3 à 6,3)	0,008[a]
	Modéré	2,7[a] (1,1 à 6,3)	0,024[a]
	Léger	1,4 (0,6 à 3,1)	0,398
	Aucun	référence	
Quintile 3 (moyen) comparativement à quintile 5 (supérieur)	Grave	1,6 (0,7 à 3,3)	0,235
	Modéré	1,5 (0,7 à 3,0)	0,319
	Léger	0,9 (0,4 à 1,9)	0,812
	Aucun	référence	
Quintile 4 (moyen supérieur) comparativement à quintile 5 (supérieur)	Grave	1,4 (0,6 à 3,2)	0,437
	Modéré	1,6 (0,8 à 3,3)	0,217
	Léger	2,0 (0,9 à 4,1)	0,080
	Aucun	référence	
Régions			
La Région de l'Atlantique comparativement à l'Ontario	Grave	1,0 (0,5 à 1,8)	0,960
	Modéré	1,2 (0,6 à 2,3)	0,662
	Léger	1,6 (0,8 à 3,0)	0,154
	Aucun	référence	
Le Québec comparativement à l'Ontario	Grave	0,9 (0,5 à 1,6)	0,766
	Modéré	1,5 (0,8 à 2,9)	0,216
	Léger	1,5 (0,8 à 2,9)	0,172
	Aucun	référence	
La Colombie-Britannique comparativement à l'Ontario	Grave	0,9 (0,4 à 1,9)	0,777
	Modéré	1,4 (0,6 à 3,2)	0,389
	Léger	1,7 (0,8 à 3,7)	0,185
	Aucun	référence	
Les Prairies comparativement à l'Ontario	Grave	1,7 (0,9 à 3,2)	0,132
	Modéré	1,3 (0,6 à 2,6)	0,466
	Léger	1,2 (0,6 à 2,2)	0,663
	Aucun	référence	
Milieu de résidence			
Population urbaine comparativement à rurale	Grave	0,6 (0,4 à 1,0)	0,071
	Modéré	0,6 (0,4 à 1,1)	0,076
	Léger	0,7 (0,4 à 1,1)	0,119
	Aucun	référence	

Suite page suivante

Les taux élevés de restrictions professionnelles et d'invalidité observés dans cette étude chez les personnes atteintes de troubles de l'humeur et d'anxiété montrent l'importance d'initiatives comme la norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail de 2013[48]. Cette norme, soutenue par la Commission de la santé mentale du Canada, est constituée d'un ensemble de directives, d'outils et de ressources dont l'application demeure volontaire et visant à promouvoir la santé psychologique globale des employés et à prévenir les dommages psychologiques causés par des facteurs lié au milieu de travail. Elle s'applique à tous les employés, quel que soit leur état de santé mentale. Cette norme respecte les priorités en matière de santé mentale du Canada décrites dans le document *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*[49], qui recommande l'adoption à grande échelle de normes en matière de santé et sécurité psychologiques dans les milieux de travail canadiens[50].

Points forts et limites

Un des nombreux points forts de cette étude est le fait que nous avons été en mesure de stratifier les analyses par type de trouble, ce qui a permis une comparaison des effets séparés et combinés des troubles de l'humeur et d'anxiété sur l'état de santé, les limitations fonctionnelles, les restrictions professionnelles et le degré d'invalidité. Une autre force de cette étude est qu'elle utilise pour définir les catégories d'invalidité le HUI, qui est l'un des principaux instruments pour mesurer la santé fonctionnelle. Les catégories d'invalidité fondées sur le HUI ont été validées pour l'évaluation de l'invalidité et de la qualité de vie liée à la santé[37]. Il permet la mesure systématique et la comparaison des degrés d'invalidité entre des populations ayant des caractéristiques spécifiques.

L'interprétation des résultats doit cependant tenir compte de plusieurs limitations. Par exemple, l'identification des personnes atteintes de troubles de l'humeur ou d'anxiété et de leur activité de santé, leur travail et leur état d'invalidité s'est faite sur la base de l'autodéclaration, sans corroboration ou vérification par un tiers. Bien qu'il s'agisse de la méthode la plus pratique

TABLEAU 3 (suite)
Rapport de cotes corrigé lié à la possibilité de se trouver dans les catégories d'invalidité « grave », « modérée » ou « légère » comparativement à la catégorie « aucune invalidité », par caractéristiques sociodémographiques et type de trouble chez des Canadiens de 18 ans et plus atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété (n = 3361), EPMCC-THA de 2014

Caractéristiques sociodémographiques	Degré d'invalidité	RC (IC à 95 %)	Valeur *p*
Statut vis-à-vis de l'immigration			
Non immigrant comparativement à immigrant	Grave	1,2 (0,4 à 3,7)	0,699
	Modéré	1,8 (0,2 à 14,9)	0,565
	Léger	1,5 (0,2 à 9,4)	0,667
	Aucun	référence	
Statut d'Autochtone			
Non Autochtone comparativement à Autochtone	Grave	1,9 (0,7 à 5,4)	0,202
	Modéré	2,0 (0,6 à 6,6)	0,240
	Léger	1,8 (0,6 à 5,1)	0,290
	Aucun	référence	
Type de troubles			
Troubles de l'humeur et d'anxiété concomitants comparativement à troubles d'anxiété uniquement	Grave	1,9[a] (1,1 à 3,4)	0,021[a]
	Modéré	1,8 (1,0 à 3,2)	0,070
	Léger	0,8 (0,5 à 1,3)	0,362
	Aucun	référence	
Troubles de l'humeur uniquement comparativement à troubles d'anxiété uniquement	Grave	0,9 (0,5 à 1,5)	0,666
	Modéré	1,2 (0,7 à 2,2)	0,583
	Léger	0,9 (0,5 à 1,6)	0,7665
	Aucun	référence	

Abréviations : EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété; IC, intervalle de confiance; RC, rapport de cotes.

[a] Différence significative par rapport à la catégorie de référence ($p < 0,05$).

pour évaluer ce type de problèmes de santé dans de larges effectifs de population, l'autodéclaration est sujette aux erreurs en raison du biais de désirabilité sociale, du biais lié à la mémoire ou de la non-déclaration consciente, ce qui conduit à une sous-estimation ou une surestimation possible des fardeaux individuels et sociétaux associés au trouble. De plus, puisque les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété (surtout les personnes ayant des symptômes graves) sont sans doute moins portées à participer à ce genre d'enquête, les estimations présentées sont probablement conservatrices[51].

Parmi les répondants choisis pour l'EPMCC-THA de 2014, 17 % ont été exclus de l'étude pour une des raisons suivantes : ils n'étaient pas classés correctement comme étant atteints du trouble dans l'ESCC de 2013, ils ont fourni volontairement des réponses les éliminant de l'enquête, ils ont émigré ou sont décédés. Puisque les données n'ont pas été ajustées pour ces cas, aucune comparaison des résultats de santé n'a été effectuée dans le cadre de cette étude entre la population adulte non atteinte de troubles de l'humeur ou d'anxiété selon l'ESCC de 2013 et la population adulte atteinte de trouble de l'humeur ou d'anxiété selon l'EPMCC-THA de 2014. Même si les résultats de l'étude suggèrent que les troubles de l'humeur et d'anxiété ont une incidence importante sur la santé et le bien-être des personnes qui en sont atteintes, nous ne pouvons pas évaluer la différence entre ces deux populations.

Une autre limitation de l'étude est liée à la possibilité de généraliser ces résultats à l'ensemble de la population canadienne. Les personnes qui vivent dans les trois territoires et certaines populations connues comme étant à risque de troubles mentaux comme les personnes autochtones vivant dans des réserves ou les terres publiques[52,53], les sans-abri[54], les résidents institutionnalisés[55,56], et les membres à temps plein des forces armées canadiennes[57] n'ont pas été inclus. Il est bien connu que la prévalence de la dépression majeure chez les Canadiens âgés vivant dans des établissements de soins de longue durée est plus élevée (de 3 à 4 fois) que chez les personnes vivant en domicile privé[55,58], et que le degré d'invalidité des personnes vivant dans des établissements correctionnels est beaucoup plus élevé que celui des personnes vivant dans la collectivité[56,59]. En tenant compte de ces éléments, les résultats de l'étude ont probablement sous-estimé l'incidence des troubles de l'humeur et d'anxiété sur les Canadiens qui en sont atteints.

Conclusion

Il s'agit de la première étude canadienne fondée sur la population qui offre un aperçu complet de l'état de santé globale et de santé mentale, des activités professionnelles et quotidiennes et du degré d'invalidité des personnes atteintes d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété.

Les résultats soulignent l'importance de la détection précoce des symptômes et d'un accès rapide au traitement afin d'atténuer l'impact négatif de ces troubles sur la santé des personnes et, finalement, d'améliorer leur bien-être et leur participation au travail et dans leur vie quotidienne. De plus, ces résultats vont contribuer aux politiques et aux programmes qui visent à promouvoir un état de santé positif et le bien-être en milieu de travail, notamment les mesures d'adaptation en milieu de travail. Garder les personnes ayant le risque le plus élevé d'invalidité grave plus longtemps en milieu de travail pourrait atténuer certains problèmes qui minent la santé mentale des adultes plus âgés (comme le stress financier et l'isolation sociale).

Les degrés d'invalidité importants associés aux troubles de l'humeur et d'anxiété soulignent également l'importance d'adapter les traitements afin de résorber les limitations fonctionnelles et professionnelles plutôt que de se concentrer trop étroitement sur la diminution des symptômes. De plus, les résultats soulignent l'importance de promouvoir la santé mentale des Canadiens tout au long de leur vie et dans différents milieux de vie (c.-à-d. à l'école, au travail, dans la collectivité, dans les résidences pour personnes âgées, etc.) par l'intermédiaire de stratégies contre la

stigmatisation, de la sensibilisation du public, de l'éducation et de la formation.

Conflits d'intérêts

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Soutien financier et matériel

La recherche n'a pas été financée par une subvention d'une agence de financement, du secteur commercial ou sans but lucratif.

Contribution des auteurs

L. Loukine a contribué au concept de l'article, a mené les analyses statistiques et a contribué à la rédaction du manuscrit. S. O'Donnell et E. Goldner ont contribué à la rédaction du manuscrit et aux révisions. L. McRae et H. Allen ont révisé et examiné de façon critique le manuscrit. Tous les auteurs ont parcouru et approuvé le manuscrit final.

Références

1. Gouvernement du Canada. Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada. Ottawa (Ont.) : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2006 [N° de catalogue HP5-19/2006F].

2. Steensma C, Loukine L, Orpana H, et al. Description du fardeau de la dépression sur la santé de la population au Canada : utilisation de l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2016;36(10):201-209.

3. Lim K-L, Jacobs P, Ohinmaa A, Schopflocher D, Dewa CS. Une nouvelle mesure, fondée sur la population, du fardeau économique de la maladie mentale au Canada. Maladies chroniques au Canada. 2008;28(3): 103-110.

4. Pearson C, Janz T, Ali J. Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2013 [consulté le 19 sept. 2015]. En ligne à : http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11855-fra.htm

5. Organisation mondiale de la Santé. Global Burden of Disease (GBD) [Internet]. 2012 [consulté le 19 septembre 2015]. En ligne à : http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/gbd/en/

6. Statistique Canada. Enquête canadienne sur l'incapacité, 2012. Feuillet d'information. [Internet]. 2014 [consulté le 19 sept. 2015]. En ligne à : http://www.statcan.gc.ca/pub/89-654-x/89-654-x2013002-fra.htm

7. Nations Unies. Convention relative aux droits des personnes handicapées. Article premier–Objet. [Internet]. [consulté le 29 juillet 2016]. En ligne à : http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf

8. Covinsky KE, Yaffe K, Lindquist K, Cherkasova E, Yelin E, Blazer DG. Depressive symptoms in middle age and the development of later-life functional limitations: the long-term effect of depressive symptoms. J Am Geriatr Soc. 2010;36(3):551-556.

9. Jonas BS, Loeb M. Mood disorders and physical functioning difficulties as predictors of complex activity limitations in young U.S. adults. Disabil Health J. 2010;3(3):171-178.

10. Scott KM, Collings SCD. Gender and the association between mental disorders and disability. J Affect Disord. 2010;125(1-3):207-212.

11. Tsuchiya M, Kawakami N, Ono Y. et al., Impact of mental disorders on work performance in a community sample of workers in Japan: the World Mental Health Japan Survey 2002–2005. Psychiatry Res. 2012;198(1): 140-145.

12. Feeny D. Example health states for disability categories of the Health Utilities Index Mark 3 system. 2007. Non publié.

13. Feeny D, Furlong W. Health Utilities Index Mark 2 (HUI2) and Mark 3 (HUI3) disability categories for single and multi-attribute utility scores. 2002. Non publié.

14. Breslin FC, Gnam W, Franche RL, Mustard C, Lin E. Depression and activity limitations: examining gender differences in the general population. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2006;41(8):648-655.

15. Plaisier I, Beekman AT, de Graaf R, Smit JH, van Dyck R, Penninx WB. Work functioning in persons with depressive and anxiety disorders: the role of specific psychopathological characteristics. J Affect Disord. 2010; 125(1-3):198-206.

16. Plaisier I, de Graaf R, de Bruijn J, et al. Depressive and anxiety disorders on-the-job: the importance of job characteristics for good work functioning in persons with depressive and anxiety disorders. Psychiatry Res. 2012;200(2-3): 382-388.

17. Sanderson K, Tilse E, Nicholson J, Oldenburg B, Graves N. Which presenteeism measures are more sensitive to depression and anxiety?. J Affect Disord. 2007;101(1-3):65-74.

18. O'Donnell S, Cheung R, Bennett K, Lagacé C. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada (EPMCC) – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété : aperçu de la méthodologie. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2016;36(12): 307-21.

19. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESSC) – Composante annuelle : questionnaire. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2014.

20. Adams PF, Kirzinger WK, Martinez ME. Summary Health Statistics for the U.S. Population: National Health Interview Survey, 2012. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat. 2013;10(259).

21. Horsman J, Furlong W, Feeny D, Torrance G. The Health Utilities Index (HUI): concepts, measurement properties and applications. Health Qual Life Outcomes. 2003;1(54):1-13.

22. Feng Y, Bernier J, McIntosh C, Orpana H. Validation des catégories d'incapacité dérivées des scores du Health Utilities Index Mark 3, Rapports sur la santé. 2009;20(2):45-53.

23. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESSC) – Composante annuelle : spécifications des variables dérivées (VD) 2013. Ottawa (Ont.); Statistique Canada; 2014.

24. Efron B, Tibshirani R. Bootstrap Methods for Standard Errors, Confidence Intervals, and Other Measures of Statistical Accuracy. Statist Sci. 1986;1: 54-75.

25. Statistique Canada. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada : guide de l'utilisateur. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada, 2014. 42 pages.

26. Broadhead WE, Blazer DG, George LK, Tse CK. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. JAMA. 1990;264(19):2524-2528.

27. Cook JA. Depression, Disability, and Rehabilitation Services for Women. Psychol Women Q. 2003;27:121-129.

28. el-Guebaly N, Currie S, Williams J, et al. Association of mood, anxiety, and substance use disorders with occupational status and disability in a community sample. Psychiatr Serv. 2007; 58(5):659-667.

29. DeJean D, Giacomini M, Vanstone M, Brundisini F. Patient experiences of depression and anxiety with chronic disease: a systematic review and qualitative meta-synthesis. Ont Health Techno Assess Ser. 2013;13(16):1-33.

30. McLaughlin TP, Khandker RK, Kruzikas DT, Tummala R. Overlap of anxiety and depression in a managed care population: Prevalence and association with resource utilization. J Clin Psychiatry. 2006;67(8):1187-1193.

31. Lépine JP. Epidemiology, burden, and disability in depression and anxiety. J Clin Psychiatry. 2001;62(suppl. 13):4-10: 11-12.

32. Meng X, D'Arcy C. Common and unique risk factors and comorbidity for 12-month mood and anxiety disorders among Canadians. Rev. Can. J Psychiatry. 2012;57(8):479-487.

33. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62(6):617-627.

34. Watterson RA, Williams JV, Lavorato DH, Patten SB. Descriptive Epidemiology of Generalized Anxiety Disorder in Canada. Can J Psychiatry. 2016 [Epub disponible avant la version imprimée]. doi: 10.1177/0706743716645304.

35. Patten SB, Wang JL, Williams JV, et al. Descriptive epidemiology of major depression in Canada. Can J Psychiatry. 2006;51(2):84-90.

36. O'Donnell S, Vanderloo S, McRae L, Onysko J, Patten SB, Pelletier L. Comparison of the estimated prevalence of mood and/or anxiety disorders in Canada between self-report and administrative data. Epidemiol Psychiatr Sci. 2016;25(4):360-369. [publication électronique 17 juin 2015]. doi: 10.1017/S2045796015000463.

37. Agence de la santé publique du Canada. Rapport du Système canadien de surveillance des maladies chroniques : les troubles anxieux et de l'humeur au Canada, 2016. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada, 2016. [N° HP35-70/2016F -PDF au catalogue.]

38. Dewa CS, Lin E, Kooehoorn M, Goldner E. Association of chronic work stress, psychiatric disorders, and chronic physical conditions with disability among workers. Psychiatr Serv. 2007;8(5):652-658.

39. Wang JL, Lesage A, Schmitz N, Drapeau A. The relationship between work stress and mental disorders in men and women: findings from a population-based study. J Epidemiol Community Health, 2008;62(1):42-47.

40. Sinha M. Mettre l'accent sur les Canadiens : résultats de l'Enquête sociale générale – Portrait des aidants familiaux, 2012. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2013. [N° 89-652-X au catalogue – N° 001].

41. Steiner A. The Lived Experiences of Sandwich Generation Women and Their Health Behaviours. [master's thesis]. Theses and Dissertations (Comprehensive). Document 1722. Waterloo (Ont.) : Université Wilfrid-Laurier; 2015. En ligne à : http://scholars.wlu.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=2817&context=etd

42. Humphries KH, van Doorslaer E. Income-related health inequality in Canada. Soc Sci Med. 2000;50(5): 663-671.

43. Tjepkema M, Wilkins R, Long A. Mortalité par cause selon le niveau de scolarité au Canada : une étude de suivi sur 16 ans. Rapports sur la santé. 2012;23(3):3-12.

44. Plaisier I, Beekman AT, de Graaf R, Smit JH, van Dyck R, Penninx BW. Work functioning in persons with depressive and anxiety disorders: the role of specific psychopathological characteristics. J Affect Disord. 2010; 125(1-3):198-206.

45. Plaisier I, de Graaf R, de Bruijn J, et al. Depressive and anxiety disorders on-the-job: the importance of job characteristics for good work functioning in persons with depressive and anxiety disorders. Psychiatry Res. 2012;200(2-3): 382-388.

46. Hendriks SM, Spijker J, Licht CM, et al. Long-term work disability and absenteeism in anxiety and depressive disorders. J Affect Disord. 2015;178: 121-130. [Publication électronique du 11 mars 2015]. doi: 10.1016/j.jad.2015.03.004.

47. PartenaireSanté. Rapport sur les maladies chroniques et la santé mentale. 2015 [consulté le 28 sept. 2015]. En ligne à : http://partenairesante.ca/la-sant%C3%A9-des-canadiens/rapport-sur-les-maladies-chroniques-et-la-sant%C3%A9-mentale

48. Association canadienne de normalisation et le Bureau de normalisation du Québec. Norme nationale du Canada pour la Santé et sécurité psychologiques en milieu de travail. Mississauga (Ont.) : Association canadienne de normalisation; 2013. 71 pages. En ligne à : http://www.csagroup.org/documents/codes-and-standards/publications/CAN_CSA-Z1003-13_BNQ_9700-803_2013_FR.pdf

49. Commission de la santé mentale du Canada. Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Calgary (Alb.) : Commission de la santé mentale du Canada. 2012:123.

50. Commission de la santé mentale du Canada. Une main-d'oeuvre en quête d'emploi : emploi et revenus pour les personnes atteintes de maladies mentales graves. 2013. En ligne à : http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Workplace_MHCC_Aspiring_Workforce_Report_FRE_0_0.pdf

51. Korkeila K, Suominen S, Ahvenainen J, et al. Non-response and related factors in a nation-wide health survey. Eur J Epidemiol. 2001;17(11):991-999.

52. MacMillan HL, Jamieson E, Walsh CA, et al. First Nations women's mental health: results from an Ontario survey. Arch Womens Ment Health. 2008; 11(2):109-115.

53. Gouvernement du Canada. Santé mentale et bien-être des populations autochtones au Canada. Dans : Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada (2006) :159-179. [N° de catalogue : HP5-19/2006F]. En ligne à : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/index-fra.php

54. Krausz RM, Clarkson AF, Strehlau V, Torchalla I, Li K, Schuetz CG. Mental disorder, service use, and barriers to care among 500 homeless people in 3 different urban settings. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013;48(8): 1235-1243.

55. Seitz D, Purandare N, Conn DK. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. Int Psychogeriatr. 2010;22(7):1025-1039.

56. Simpson AI, McMaster JJ, Cohen SN. Challenges for Canada in meeting the needs of persons with serious mental illness in prison. J Am Acad Psychiatry Law. 2013;41(4):501-509.

57. Pearson C, Zamorski M, Janz T. Santé mentale dans les Forces armées canadiennes. [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2014. [N° 82-624-X au catalogue]. En ligne à : http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2014001/article/14121-fra.pdf

58. Conn DK. An overview of common mental disorders among seniors. Writ Gerontol. 2002;18:19-32.

59. Wu Z, Schimmele CM,Chappell NL. Aging and late-life depression. J Aging Health. 2012;24(1):3-28.

Corrélats du bien-être chez les Canadiens présentant des troubles de l'humeur ou d'anxiété

H. Orpana, Ph. D. (1,2); J. Vachon, M. Sc. (1); C. Pearson, M.A. (1); K. Elliott, Ph. D. (2); M. Smith, M. Sc. (3); B. Branchard (1)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction : Notre objectif visait à étudier les variables liées au bien-être, mesurées par une autoévaluation de la santé mentale (AESM) très positive et une satisfaction élevée à l'égard de la vie (SV) chez des adultes canadiens (âgés de 18 ans et plus) présentant un trouble de l'humeur ou d'anxiété.

Méthodologie : Nous avons utilisé des données nationales représentatives tirées de l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété (EPMCC-TAH) de 2014 afin de décrire l'association entre bien-être et comportements d'autogestion (activité physique, sommeil et méditation) ainsi que stress, adaptation et soutien social perçus. Nous avons eu recours à une régression logistique multivariée pour modéliser la relation entre ces facteurs et les mesures du bien-être.

Résultats : Environ une personne sur trois atteinte d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété a fait état d'une AESM positive. Les modèles de régression logistique ont révélé que plusieurs caractéristiques, comme un âge plus avancé, une autoévaluation de la santé générale positive, des limitations fonctionnelles moins nombreuses ainsi que la perception d'un moindre stress à l'égard de la vie, de meilleures capacités d'adaptation et d'un plus grand soutien social, étaient associées à des niveaux de bien-être plus élevés. Les comportements d'autogestion (entamer une activité physique, méditer, adopter de saines habitudes de sommeil et atteindre un certain nombre d'heures de sommeil chaque nuit) n'étaient pas significativement associés à des mesures du bien-être dans notre modèle multivarié.

Conclusion : Les adultes canadiens souffrant de troubles de l'humeur ou d'anxiété qui ont déclaré percevoir un niveau de stress plus faible, un plus grand soutien social et une meilleure capacité d'adaptation étaient plus susceptibles de déclarer également des scores de bien-être plus élevés. Cette étude a fourni des données probantes à partir d'un échantillon représentatif de la population montrant qu'il est possible de vivre dans un état de bien-être même en présence d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété.

Mots-clés : troubles de l'humeur, troubles d'anxiété, bien-être, autoévaluation de la santé mentale, satisfaction à l'égard de la vie, adultes, Canada

Points saillants

- Un Canadien sur trois atteint d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété a autoévalué sa santé mentale comme très bonne ou excellente. L'échantillon a fait état d'un taux relativement élevé de satisfaction à l'égard de la vie. Le niveau de bien-être était à son plus bas chez les personnes atteintes à la fois d'un trouble de l'humeur et d'un trouble d'anxiété.
- Les degrés de perception du stress, de la capacité d'adaptation et du soutien social étaient significativement associés au bien-être. Nous n'avons toutefois pas observé d'associations significatives entre les comportements d'autogestion et le bien-être.
- Il est possible de souffrir d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété et de jouir d'un grand bien-être.

Introduction

La Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, *Changer les orientations, changer des vies*, encourage les personnes atteintes d'un trouble mental à changer leur perception à l'égard de leur maladie et de leurs symptômes en se concentrant davantage sur le concept de rétablissement, c'est-à-dire sur la « possibilité de mener une vie satisfaisante, pleine d'espoir et utile » *en présence* d'un trouble de santé mentale[1]. Le bien-être est un état positif défini le plus souvent en termes de bien-être hédonique ou émotionnel et de bien-être eudémonique ou fonctionnel[2]. Le bien-être hédonique implique souvent la présence d'une satisfaction à l'égard de la vie et d'émotions positives, alors que le bien-être eudémonique implique plutôt des notions comme la réalisation de soi et la découverte d'un sens à sa vie.

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) comme l'Organisation mondiale de la santé (OMS) abordent la question de la santé mentale sous l'angle du bien-être. L'ASPC définit la santé mentale positive comme étant « la capacité qu'a chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s'agit

Rattachement des auteurs :

1. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. École de psychologie, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
3. Centre manitobain des politiques en matière de santé, College of Medicine, Faculty of Health Sciences, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba), Canada

Correspondance : Heather Orpana, Division de l'intégration scientifique, Direction des déterminants sociaux et de l'intégration scientifique, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-878-5011; téléc. : 613-960-0944; courriel : heather.orpana@phac-aspc.gc.ca

d'un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle »[3]. Cette définition est similaire à celle de l'Organisation mondiale de la santé, pour laquelle la santé mentale est : « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté »[4].

Le concept de qualité de vie (QV) est lié à celui de bien-être mais distinct de ce dernier. L'OMS définit la qualité de vie comme la « perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes »[5]. Parmi les nombreuses mesures de la qualité de vie, on compte l'évaluation subjective de la satisfaction à l'égard de la vie (SV), dans son ensemble ou relativement à des composantes précises.

D'après des travaux de recherche portant sur les personnes vivant avec un trouble de l'humeur, le bien-être est associé à des niveaux supérieurs de fonctionnement général[6], et un certain nombre d'interventions à l'égard du mode de vie se sont avérées prometteuses pour accroître le bien-être[7]. Cependant, la plupart des études portant sur le bien-être des personnes atteintes d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété sont menées auprès d'échantillons cliniques de petite taille et qui ne sont pas représentatifs de la population canadienne. Cette étude vise à examiner les facteurs associés au bien-être, mesurés par une autoévaluation de la santé mentale (AESM) positive et une grande satisfaction à l'égard de la vie (SV) en général au sein d'un échantillon représentatif de la population canadienne présentant un trouble de l'humeur ou d'anxiété, dans le cadre de l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada (EPMCC) de 2014. Ces facteurs relèvent de plusieurs comportements d'autogestion ainsi que du stress, de la capacité d'adaptation et du soutien social perçus.

Comportements d'autogestion dans les cas de troubles de l'humeur ou d'anxiété

Plusieurs comportements sont associés à l'atténuation des symptômes et à de meilleurs résultats cliniques chez les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété. Dans le cadre de notre étude, les « comportements d'autogestion » sont d'entamer une activité physique ou la méditation pour mieux gérer son trouble et d'adopter de saines habitudes de sommeil aussi bien que d'atteindre la quantité de sommeil recommandée, mesurée par le nombre habituel d'heures de sommeil par nuit. Ces comportements peuvent être amorcés par la personne ou suggérés par un professionnel de la santé dans le cadre d'une approche holistique de traitement. Chacun de ces comportements est décrit ci-dessous dans le contexte du bien-être.

Activité physique

Les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété peuvent adopter, de leur plein gré ou sur la recommandation d'un professionnel de la santé dans le cadre d'une approche de soins cliniques, une vaste gamme de comportements favorisant le bien-être. Non seulement les bienfaits de l'activité physique sont prouvés dans la littérature pour l'atténuation des symptômes chez les personnes souffrant d'un trouble de l'humeur[8], mais de plus en plus de données probantes montrent que l'activité physique est également susceptible d'améliorer le bien-être des personnes souffrant de dépression majeure ou présentant des symptômes de dépression[8-10]. Par exemple, Galper et collab.[10] ont établi une relation dose-réponse positive croissante entre les capacités cardiorespiratoires et l'état de bien-être général moyen estimé, de même qu'une relation étroite entre le volume d'activité physique et les scores de bien-être général estimés.

Le lien entre les troubles d'anxiété et l'activité physique a été étudié moins souvent, et les réponses à l'exercice semblent varier selon le type de trouble d'anxiété[8,11]. Il existe néanmoins des données préliminaires selon lesquelles on peut associer l'activité physique à un état de bien-être accru chez les personnes atteintes de certains types de troubles d'anxiété, comme l'état de stress post-traumatique, le trouble d'anxiété généralisée, le trouble d'anxiété sociale et le trouble obsessionnel-compulsif[12].

Sommeil

Le dysfonctionnement du sommeil est associé aux troubles de l'humeur et d'anxiété[13]. Le nombre d'heures de sommeil et la qualité du sommeil chez les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété sont également liés aux mesures du bien-être. Par exemple, Hamilton et collab.[14] ont constaté que des répondants souffrant d'un trouble dépressif majeur (TDM) et dormant entre 6 et 8,5 heures par nuit éprouvent un bien-être psychologique supérieur, d'après les six dimensions du bien-être psychologique de l'échelle de Ryff[15], que ceux qui cumulent plus d'heures ou moins d'heures de sommeil. Par ailleurs, d'après Peth et collab.[16], les participants ayant reçu un diagnostic de TDM et qui avaient la possibilité de faire une sieste au cours de la journée ont déclaré jouir d'un meilleur bien-être subjectif que ceux qui étaient maintenus éveillés avec des activités contrôlées au cours de la même période.

Méditation

Le recours à la méditation, plus particulièrement à la méditation « de pleine conscience », dans le traitement des troubles de l'humeur et d'anxiété s'est révélé prometteur dans de nombreuses études portant sur des traitements[17]. D'autres techniques de méditation, comme la méditation fondée sur la bienveillance, se sont aussi révélées prometteuses, même si leurs effets sur le bien-être des participants atteints d'un trouble de l'humeur étaient variables[18]. Dans le cadre d'une étude qualitative sur les stratégies d'adaptation individuelles, de nombreux participants ayant reçu un diagnostic de trouble bipolaire (un trouble de l'humeur) ont déclaré avoir recours à la méditation pour gérer eux-mêmes les expériences négatives attribuables à leur trouble[19].

Stress, adaptation et soutien social

Il existe des relations bien étayées entre le stress, la capacité d'adaptation et le soutien social et le bien-être. Une exposition prolongée à des facteurs de stress peut accroître le risque de développer des troubles mentaux et des problèmes de santé physique[20,21], et il existe un rapport inverse entre le niveau de stress perçu et le bien-être[22]. La *capacité d'adaptation* se définit par un ensemble de stratégies cognitives et comportementales adoptées par une personne pour faire face aux difficultés découlant de situations stressantes, comme la résolution de problèmes ou la régulation émotionnelle[23]. Certaines interventions visant à accroître les capacités d'adaptation positives ont été associées à des niveaux de bien-être accrus[24]. Le soutien social est invariablement associé au bien-être chez les personnes ayant un trouble de l'humeur ou d'anxiété. Par exemple, Kuehner et

Buerger[25] ont constaté que la présence d'un partenaire intime était associée à des scores plus élevés en matière de qualité de vie subjective, dans les domaines psychologique et des relations sociales, chez les participants souffrant de dépression unipolaire. Panayiotou et Karekla[26] ont constaté que, chez les participants ayant reçu un diagnostic de trouble d'anxiété généralisée, de trouble d'anxiété sociale ou de trouble panique, la perception d'un soutien social accru était un prédicteur de qualité de vie psychologique supérieure.

Bien que les éléments de preuve associant ces facteurs au bien-être des personnes atteintes d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété soient de plus en plus nombreux, il est de toute évidence nécessaire de poursuivre les recherches afin de mieux comprendre les corrélats du bien-être au sein de cette population. Jusqu'à présent, la plupart des études se sont concentrées sur ces relations au sein d'échantillons de commodité de petite taille et dans le cadre d'études cliniques de faible envergure. Les travaux de recherche portant sur les personnes atteintes de troubles mentaux sont souvent centrés sur les résultats négatifs (détresse et dysfonctionnement), même si le bien-être est reconnu comme une composante importante et réalisable chez les personnes souffrant de troubles mentaux[1]. Notre étude pourra donc s'ajouter à cette littérature, grâce à l'analyse du bien-être au moyen d'un échantillon représentatif de Canadiens souffrant d'un trouble anxieux ou de l'humeur, ainsi que de l'association entre les comportements d'autogestion, les facteurs de stress, d'adaptation et de soutien social et les résultats à l'autoévaluation de la santé mentale (AESM) et de la satisfaction à l'égard de la vie (SV) au sein de cet échantillon. La documentation accessible au moment de cette étude nous a conduit à faire l'hypothèse d'une association positive entre d'une part chacun des comportements d'autogestion, la réduction du stress et l'amélioration de la capacité d'adaptation et du soutien social et d'autre part des résultats supérieurs à l'AESM et de la SV.

Méthodologie

Nous avons analysé les données tirées de l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété (EPMCC-TAH) de 2014. La population étudiée était constituée de 3 361 personnes de 18 ans et plus ayant déclaré, dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2013, avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur ou d'anxiété établi par un professionnel de la santé. La méthode de collecte de données et les détails sur l'échantillon de l'EPMCC-TAH sont décrits dans le document d'orientation méthodologique joint au présent numéro de la revue *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*[27].

Bien-être

Nous avons utilisé deux mesures du bien-être dans le cadre de cette étude, soit l'AESM et la SV. L'AESM se définit comme l'évaluation que fait une personne de sa santé mentale en général. Nous avons considéré que les personnes ayant évalué leur santé mentale comme étant « excellente » ou « très bonne » avaient un score d'AESM élevé, et que celles ayant déclaré avoir une santé mentale « bonne », « passable » ou « mauvaise » avaient un score d'AESM faible. En dichotomisant la variable de cette façon, on crée un groupe qui cadre avec la manière dont Statistique Canada et l'ASPC rendent compte de cet indicateur[28,29].

La mesure de la satisfaction à l'égard de la vie est une évaluation ou un jugement global de la satisfaction qu'éprouve une personne à l'égard de sa vie, en fonction de ses propres critères[30]. Conformément aux lignes directrices de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques concernant la mesure du bien-être subjectif, les participants devaient répondre à la question suivante : « À l'aide d'une échelle de 0 à 10, où 0 signifie "très insatisfait" et 10 signifie "très satisfait", quel sentiment éprouvez-vous maintenant en général à l'égard de votre vie? ». L'analyse des données sur la SV a révélé que des réponses étaient faussées et qu'elles ne correspondaient pas à une distribution normale. De ce fait, nous n'avons pas utilisé ces réponses comme variable continue pour l'analyse. Nous avons préféré dichotomiser l'échelle au moyen d'une médiane : niveau élevé de SV (scores de 8 et plus) et faible niveau de SV (scores inférieurs à 8). Nous n'avons pas utilisé d'autres seuils à grande échelle relativement à la SV : en choisissant une médiane, nous avons maximisé les chances de cerner les différences entre deux groupes égaux. Puisque ce seuil repose sur la distribution sous-jacente des scores, les comptes rendus des prévalences ne sont pas significatifs. Les comparaisons des prévalences entre groupes sont toutefois valides.

Santé et fonctionnement

Nous avons examiné l'autoévaluation de la santé générale des participants, par le biais de leur réponse à une seule question. Les catégories de réponse étaient « excellente », « très bonne », « bonne », « passable » et « mauvaise ».

Nous avons évalué les limitations fonctionnelles en demandant aux répondants dans quelle mesure leur trouble de l'humeur ou d'anxiété avait limité leurs activités au cours des 12 derniers mois dans 7 domaines : activités récréatives, loisirs et passe-temps; exercice ou sports; activités sociales en famille ou entre amis; tâches ménagères; magasinage et courses; voyages et vacances; hygiène personnelle ou habillement. Les répondants ont été répartis en trois groupes : ceux ayant déclaré n'avoir aucune limitation ou avoir peu de limitations fonctionnelles, ceux ayant déclaré avoir de nombreuses limitations dans une ou deux activités et ceux ayant déclaré avoir de nombreuses limitations dans trois activités ou plus.

Comportements d'autogestion des troubles de l'humeur ou d'anxiété (activité physique, sommeil et méditation)

Nous avons cerné les comportements liés à l'exercice en combinant les réponses à plusieurs questions. Les répondants devaient indiquer s'ils avaient commencé à faire de l'exercice pour gérer leur trouble de l'humeur ou d'anxiété, s'ils continuaient en faire et à quelle fréquence. Les catégories de comportements liés à la pratique d'exercices étaient : (1) participant ayant commencé à faire de l'exercice pour gérer son trouble à la suite de son diagnostic et qui a continué à en faire tous les jours; (2) participant ayant commencé à faire de l'exercice et ayant continué à en faire de quatre à six fois par semaine; (3) participant ayant commencé à faire de l'exercice et ayant continué à en faire de deux à trois fois par semaine ou moins; (4) participant ayant commencé à faire de l'exercice à la suite de son diagnostic mais ayant cessé d'en faire; (5) participant n'ayant jamais commencé à faire de l'exercice. Nous avons exclu des analyses portant sur l'activité physique les participants ayant déclaré n'avoir jamais commencé à faire de l'exercice après

avoir reçu leur diagnostic car ils en faisaient déjà pour d'autres raisons (n = 282).

Nous avons créé deux variables liées aux habitudes de sommeil en fonction des réponses sur le sommeil. On a demandé aux répondants s'ils avaient adopté de bonnes habitudes de sommeil (p. ex. respect d'un horaire de sommeil régulier) pour gérer leur trouble de l'humeur ou d'anxiété (« oui » ou « non ») et combien de temps ils passaient habituellement à dormir chaque nuit (« moins de 6 heures », « de 6 heures à moins de 9 heures » et « 9 heures et plus »).

Enfin, les répondants devaient indiquer s'ils prenaient des médicaments pour les aider à gérer leur trouble (« oui » ou « non »).

Stress, adaptation et soutien social

Nous avons mesuré le stress perçu à l'aide de la question suivante : « En pensant au niveau de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart de vos journées sont... "pas du tout stressantes"; "pas tellement stressantes"; "un peu stressantes"; "assez stressantes"; ou "extrêmement stressantes"? ». Dans le cadre de l'Enquête, deux questions portaient sur la capacité des répondants à faire face à des problèmes inattendus et difficiles ainsi qu'aux exigences de la vie quotidienne et ce sont ces réponses qui ont servi à mesurer la capacité d'adaptation des répondants. Nous avons considéré que la capacité d'adaptation des répondants était élevée chez ceux ayant obtenu un score de 8 ou plus aux deux questions combinées sur l'adaptation.

Le soutien social désigne les ressources qu'une personne reçoit d'autres personnes et qui améliorent son bien-être. Le soutien social peut comprendre à la fois un soutien tangible, comme de l'aide pour faire des activités et des ressources physiques, et un soutien intangible, comme de l'information, de l'affection ou un soutien affectif[31]. On a ajouté à l'EPMCC-TAH dix éléments tirés de l'Échelle de provisions sociales (EPS)[32] : les répondants devaient préciser dans quelle mesure ils étaient d'accord avec chacun des énoncés (p. ex. « Il y a des personnes sur qui je peux compter pour m'aider en cas de réel besoin »). L'EPSS permet de mesurer les concepts d'alliance fiable, d'intégration sociale, d'encadrement et d'attachement. Les participants ayant obtenu un score moyen de 3 ou plus sur l'EPS (score correspondant à des réponses se situant, en moyenne, à « d'accord » ou « fortement en accord ») ont été considérés comme ayant un niveau élevé de soutien social.

Analyses statistiques

Dans le cadre de cette étude, nous avons eu recours à l'analyse de données descriptives pour décrire le bien-être des personnes atteintes de troubles de l'humeur ou d'anxiété. Nous avons examiné le taux de prévalence de celles jugeant avoir un niveau de bien-être élevé en fonction des variables suivantes : groupe sociodémographique, type de trouble, santé et fonctionnement, comportements adoptés pour gérer le trouble de l'humeur ou d'anxiété, niveau de stress, capacité d'adaptation et soutien social. Nous avons aussi analysé la prévalence stratifiée selon le sexe afin de cerner une modification possible de l'effet. Nous avons réalisé une analyse de régression logistique afin d'étudier les associations entre le bien-être et a) les facteurs sociodémographiques, b) la santé et le fonctionnement, c) les comportements d'autogestion et d) le stress, l'adaptation et le soutien social. Nous avons conçu un ensemble de modèles hiérarchiques en ajoutant les blocs séquentiels de variables décrits plus haut. Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide de l'application SAS Enterprise Guide, version 5.1 (SAS Institute, Cary, Caroline du Nord, É.-U.). Nous avons calculé la variance au moyen des poids obtenus par rééchantillonnage à répliques équilibrées à l'aide des procédures PROC SURVEY, ainsi que des poids fournis par Statistique Canada.

Résultats

Environ un répondant sur trois (31,4 %) a déclaré des scores d'AESM élevés. La proportion de répondants ayant reçu un diagnostic à la fois d'un trouble de l'humeur et d'un trouble d'anxiété et ayant déclaré un haut niveau de SV ou d'AESM était significativement moins élevée que celle de répondants atteints seulement de l'un de ces deux troubles (figure 1). Les scores moyens de SV étaient significativement plus élevés chez les personnes souffrant d'anxiété seulement (moyenne de 7,49, IC à 95 % : 7,28 à 7,70) que chez celles souffrant d'un trouble de l'humeur seulement (moyenne de 7,01, IC à 95 % : 6,84 à 7,18). Quant aux personnes souffrant de l'un ou de l'autre de ces troubles seulement, leurs scores de SV étaient significativement plus élevés que ceux des personnes atteintes de ces deux troubles (moyenne de 6,52, IC à 95 % : 6,30 à 6,74).

Analyses bidimensionnelles

Facteurs sociodémographiques

Les analyses bidimensionnelles (tableau 1) ont révélé une proportion plus élevée de personnes de 65 ans et plus ayant déclaré un haut niveau d'AESM (39,5 %), par comparaison avec les personnes de 35 à 49 ans (26,3 %). La proportion de personnes ayant déclaré un haut niveau de SV était plus élevée chez les personnes mariées ou vivant en union de fait (52,7 %) que chez les célibataires et personnes n'ayant jamais été mariées (38,6 %) ou que chez les personnes veuves, divorcées et séparées (36,8 %). Aucune différence significative n'a été observée concernant le niveau de bien-être selon le sexe, le niveau de scolarité, le statut vis-à-vis de l'immigration ou le milieu de vie (urbain ou rural).

Santé et fonctionnement

La proportion de répondants déclarant un haut niveau d'AESM et de SV augmentait avec le niveau de santé générale autodéclarée. Une proportion significativement plus grande de personnes ayant déclaré n'avoir aucune limitation fonctionnelle ou très peu de limitations fonctionnelles déclarait un niveau de SV ou d'AESM plus élevé que celles ayant une à deux limitations ou trois limitations et plus. Les personnes ayant une à deux limitations jouissaient d'un bien-être supérieur à celles qui en avaient trois ou plus.

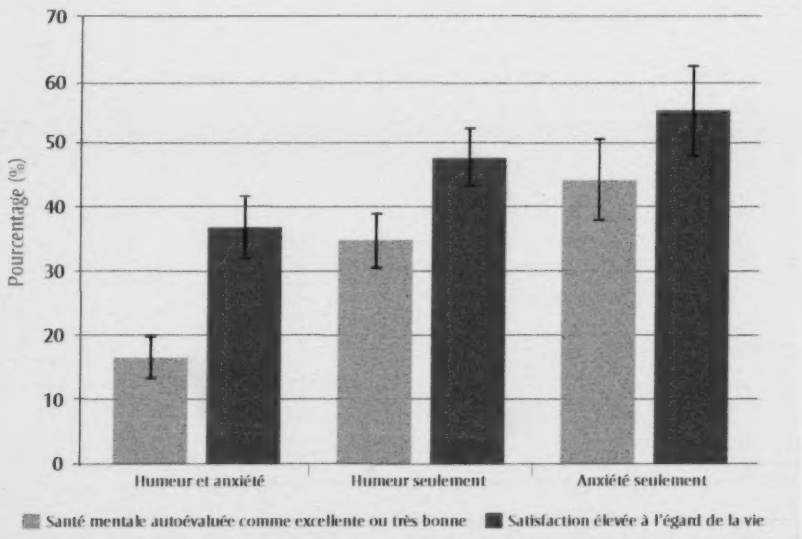
Comportements d'autogestion

La prévalence de niveaux élevés d'AESM et de SV était plus élevée chez les répondants ayant déclaré dormir de 6 à moins de 9 heures par nuit que chez ceux ayant déclaré dormir moins de 6 heures. Aucune différence significative n'a été observée parmi les personnes ayant déclaré avoir commencé à faire de la méditation ou à faire de l'exercice, ou ayant déclaré continuer à faire de l'exercice ou avoir adopté de bonnes habitudes de sommeil.

Stress, adaptation et soutien social

Le taux de prévalence de niveaux élevés d'AESM et de SV augmentait à mesure que le stress autodéclaré à l'égard de la vie diminuait (p. ex. 20,0 % des répondants ayant indiqué que leur vie est « assez ou extrêmement stressante » ont déclaré un

FIGURE 1
Proportion de Canadiens de 18 ans et plus souffrant d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété qui ont présenté des scores élevés à l'autoévaluation de la santé mentale ou déclarant une grande satisfaction à l'égard de la vie, EPMCC-TAH de 2014



Abréviation : EPMCC-TAH, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété.

Remarque : Les barres d'erreur représentent les intervalles de confiance à 95 %.

niveau élevé d'AESM contre 65,3 % de ceux ayant indiqué que leur vie n'était « pas du tout stressante »). Une meilleure capacité d'adaptation était associée à un taux de prévalence accru d'AESM élevée et de SV élevée, par opposition à une capacité d'adaptation autodéclarée plus faible (pour l'AESM, 59,5 % chez les personnes ayant une grande capacité d'adaptation contre 21,8 % chez celles ayant une faible capacité d'adaptation et pour la SV, respectivement 61,9 % contre 40,9 %). De même, des niveaux de bien-être plus élevés ont été observés chez les personnes qui jugeaient bénéficier d'un grand soutien social par rapport à celles percevant leur degré de soutien social comme faible (respectivement 35,5 % contre 14,3 % pour l'AESM, et 51,8 % contre 22,8 % pour la SV).

Nous avons étudié la prévalence du bien-être selon le sexe (données non présentées), mais sans constater de différences importantes dans les associations entre hommes et femmes.

Régression logistique

Les résultats produits par les modèles de régression logistique hiérarchique sont présentés dans le tableau 2 (AESM) et le tableau 3 (SV).

Autoévaluation de la santé mentale

Dans le modèle initial tenant compte des variables sociodémographiques seulement (modèle d'AESM 1), seuls l'âge et le revenu étaient significativement associés à un score d'AESM élevé (tableau 2). Les répondants de 65 ans et plus étaient presque deux fois plus enclins à présenter une AESM élevée que ceux de 35 à 49 ans. Les chances de présenter des scores d'AESM élevés augmentaient avec un revenu plus élevé. L'état matrimonial, le sexe, la scolarité, le statut vis-à-vis de l'immigration et le milieu de vie (urbain ou rural) ne constituaient pas des facteurs de prédiction significatifs d'une AESM élevée.

La probabilité d'obtenir des déclarations d'AESM élevée était significativement associée aux variables de santé et de fonctionnement ajoutées au modèle 2. Plus particulièrement, les personnes ayant déclaré avoir une excellente santé étaient presque 13 fois plus enclines à présenter une AESM élevée, alors que les personnes se considérant en très bonne santé étaient 4 fois plus enclines à présenter une AESM élevée. Les répondants ayant déclaré n'avoir qu'une ou deux limitations fonctionnelles étaient plus susceptibles de présenter une AESM élevée que ceux ayant trois limitations ou plus. Enfin, les répondants souffrant d'un trouble de l'humeur seulement ou d'un trouble d'anxiété seulement étaient plus susceptibles de présenter une AESM élevée que ceux atteints de ces deux troubles. Après l'entrée des variables sur la santé, le revenu n'était plus significativement associé à une AESM élevée.

Les comportements d'autogestion ont été saisis dans le modèle 3. Aucune de ces variables n'était significativement associée à un score d'AESM élevé. Les variables de stress, d'adaptation et de soutien social ont été saisies dans le modèle 4 (sauf les comportements d'autogestion). Lorsque ces variables ont été intégrées au modèle, l'association entre le sexe et un score d'AESM élevé est devenue significative, les femmes étant 1,5 plus susceptibles de déclarer un score d'AESM élevé que les hommes. L'âge est demeuré une variable significative. Quant aux variables de santé et de fonctionnement, elles sont demeurées également significatives, sauf dans les cas où seul un trouble de l'humeur était présent. Les variables du stress, de l'adaptation et du soutien social étaient associées à un score d'AESM élevé. Une baisse du niveau de stress perçu augmentait les chances de présenter des scores d'AESM élevés. Les répondants ayant déclaré avoir de meilleures capacités d'adaptation et un plus grand soutien social étaient aussi plus susceptibles à présenter une AESM élevée.

Satisfaction à l'égard de la vie

Les résultats liés à la SV (tableau 3) se sont révélés à peu près semblables à ceux associés à l'AESM. Dans le modèle 1, les répondants plus jeunes (18 à 34 ans) et plus âgés (65 et plus) étaient associés à des probabilités plus élevées de déclarer une grande SV que ceux de 35 à 49 ans. Les personnes mariées ou vivant avec un conjoint de fait étaient plus susceptibles de déclarer une grande SV que les célibataires. Une association a été établie en fonction du revenu : les probabilités de déclarer une grande SV augmentaient avec un revenu plus élevé. Le modèle sociodémographique seul ne révélait aucune association significative avec le sexe, le niveau de scolarité, le statut vis-à-vis de l'immigration ou le milieu de vie (urbain ou rural).

TABLEAU 1
Pourcentage de répondants présentant des résultats élevés à l'autoévaluation de la santé mentale (AESM) ou déclarant une grande satisfaction à l'égard de la vie, selon leurs caractéristiques sociodémographiques, leur état de santé et leur fonctionnement, l'autogestion et le stress, l'adaptation et le soutien social, Canada, EPMCC-TAH de 2014

Caractéristiques	Autoévaluation de la santé mentale	Satisfaction à l'égard de la vie
	Niveau élevé % (IC à 95 %)	Niveau élevé % (IC à 95 %)
Sexe		
Hommes	29,9 (24,9 à 34,8)	43,1 (37,4 à 48,7)
Femmes	32,2 (29,1 à 35,4)	48,0 (44,4 à 51,6)
Âge (ans)		
18 à 34	31,2 (25,2 à 37,1)	49,4 (42,8 à 55,9)
35 à 49	26,3 (21,1 à 31,5)	43,6 (37,0 à 50,1)
50 à 64	32,2 (27,8 à 36,6)	43,3 (38,1 à 48,5)
65 et plus	39,5 (34,4 à 44,6)	51,5 (46,1 à 56,9)
État matrimonial		
Célibataire/jamais marié	27,2 (22,2 à 32,3)	38,6 (32,9 à 44,4)
Veuf/divorcé/séparé	27,8 (22,8 à 32,7)	36,8 (31,0 à 42,5)
Marié/union de fait	34,4 (30,4 à 38,4)	52,7 (48,2 à 57,2)
Plus haut niveau de scolarité		
Études secondaires non complétées	31,1 (23,2 à 39,0)	43,2 (34,0 à 52,4)
Diplôme d'études secondaires	30,3 (24,0 à 36,5)	43,3 (36,3 à 50,2)
Études postsecondaires partielles ou diplôme d'études postsecondaires	31,4 (28,3 à 34,6)	47,2 (43,5 à 50,8)
Quintile de suffisance du revenu du ménage		
Q1 (quintile inférieur)	23,5 (19,1 à 27,9)	33,9 (28,2 à 39,5)
Q2	31,0 (25,2 à 36,8)	37,6 (31,2 à 44,0)
Q3	32,8 (26,4 à 39,2)	47,0 (39,9 à 54,2)
Q4	32,4 (26,2 à 38,6)	53,9 (47,1 à 60,8)
Q5 (quintile supérieur)	39,2 (32,3 à 46,0)	61,6 (54,0 à 69,2)
Immigrant		
Oui	30,0 (20,9 à 39,1)	46,4 (35,7 à 57,2)
Non	31,6 (28,8 à 34,4)	46,2 (43,0 à 49,4)
Milieu de vie		
Urbain	30,0 (26,9 à 33,1)	44,7 (41,2 à 48,2)
Rural	37,7 (32,5 à 42,9)	53,1 (48,2 à 58,0)
Autoévaluation de la santé		
Excellente	70,1 (60,4 à 79,7)	65,3 (55,2 à 75,4)
Très bonne	45,3 (39,5 à 51,1)	60,8 (54,0 à 67,5)
Bonne	23,6 (19,9 à 27,4)	44,1 (39,3 à 48,8)
Passable	13,6 (9,9 à 17,3)	28,5 (22,5 à 34,4)
Mauvaise	12,8 (7,6 à 17,9)[a]	18,0 (10,5 à 25,4)[a]
Limitations fonctionnelles		
Aucune ou peu de limitations	41,0 (37,3 à 44,6)	53,4 (49,3 à 57,5)
1 à 2 limitations	21,0 (15,2 à 26,9)	42,7 (36,2 à 49,3)
3 limitations ou plus	7,9 (4,7 à 11,1)[a]	24,1 (18,0 à 30,3)

Suite page suivante

Lorsque les variables de la santé et du fonctionnement ont été prises en compte (modèle 2), les probabilités de déclarer une grande SV augmentaient avec une meilleure autoévaluation de la santé. Les répondants ayant déclaré moins de limitations fonctionnelles avaient de meilleures chances de déclarer une grande SV que ceux ayant trois limitations ou plus. Contrairement au modèle de prédiction de l'AESM, aucune différence significative n'a été observée entre les résultats des personnes souffrant d'un trouble d'anxiété seulement, ceux des personnes souffrant d'un trouble de l'humeur seulement et ceux des personnes atteintes de ces deux troubles. Lorsque les variables de la santé et du fonctionnement ont été intégrées, la plupart des associations avec le revenu n'étaient plus significatives, à l'exception des probabilités de déclarer une grande SV, lesquelles étaient plus élevées dans le groupe affichant les revenus les plus élevés par rapport aux autres groupes.

Nous n'avons observé aucune association significative entre la satisfaction à l'égard de la vie et les comportements d'autogestion lorsque ces variables ont été ajoutées au modèle (modèle 3). Toutefois, toutes les variables liées au stress, à l'adaptation et au soutien social donnaient lieu à des associations significatives (modèle 4). Les répondants qui déclaraient éprouver moins de stress dans leur vie avaient plus de chances de déclarer une grande SV que ceux qui atteignaient le plus haut niveau de stress dans leur vie. Ceux qui ont déclaré avoir de meilleures capacités d'adaptation et jouir d'un plus grand soutien social avaient significativement plus de chances de déclarer une grande SV que les répondants ayant peu de capacités d'adaptation et déclarant recevoir peu de soutien social. Lorsque les variables du stress, de l'adaptation et du soutien social ont été ajoutées, on a observé que les femmes étaient significativement plus susceptibles de déclarer une grande SV que les hommes. L'état matrimonial et le revenu (pour le groupe des revenus les plus élevés seulement) sont demeurés des variables significatives dans ce modèle.

Analyse

Globalement, un tiers des Canadiens ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et presque la moitié des Canadiens souffrant d'un trouble d'anxiété ont évalué que leur santé mentale était très

TABLEAU 1 (suite)
Pourcentage de répondants présentant des résultats élevés à l'autoévaluation de la santé mentale (AESM) ou déclarant une grande satisfaction à l'égard de la vie, selon leurs caractéristiques sociodémographiques, leur état de santé et leur fonctionnement, l'autogestion et le stress, l'adaptation et le soutien social, Canada, EPMCC-TAH de 2014

Caractéristiques	Autoévaluation de la santé mentale	Satisfaction à l'égard de la vie
	Niveau élevé % (IC à 95 %)	Niveau élevé % (IC à 95 %)
Type de trouble		
Humeur et anxiété	16,4 (13,1 à 19,6)	36,9 (31,9 à 41,9)
Humeur seulement	34,7 (30,5 à 38,9)	47,8 (43,2 à 52,4)
Anxiété seulement	44,2 (37,9 à 50,5)	55,0 (48,1 à 62,0)
Exercice		
A commencé à faire de l'exercice, puis a continué tous les jours	30,8 (23,7 à 37,9)	44,7 (36,1 à 53,3)
A commencé à faire de l'exercice, puis a continué 4 à 6 fois par semaine	43,0 (34,5 à 51,5)	59,7 (51,0 à 68,3)
A commencé à faire de l'exercice, puis a continué 2 à 3 fois par semaine ou moins	29,2 (23,5 à 35,0)	51,8 (45,2 à 58,4)
A commencé à faire de l'exercice, mais a cessé d'en faire	29,4 (23,1 à 35,8)	40,0 (33,1 à 46,9)
N'a jamais commencé à faire de l'exercice	30,2 (25,9 à 34,6)	41,2 (36,5 à 45,8)
A adopté de bonnes habitudes de sommeil après avoir reçu le diagnostic		
Oui	30,0 (26,9 à 33,2)	45,2 (41,7 à 48,6)
Non	34,5 (29,5 à 39,4)	48,7 (43,0 à 54,3)
Nombre d'heures de sommeil (habituellement) par nuit		
Moins de 6 heures	20,6 (15,5 à 25,8)	32,4 (25,4 à 39,3)
6 heures à moins de 9 heures	34,6 (31,2 à 38,0)	50,2 (46,4 à 54,1)
9 heures ou plus	30,2 (23,7 à 36,8)	45,0 (38,1 à 51,9)
Recours à la méditation comme mesure d'autogestion de la maladie		
Oui	31,4 (27,4 à 35,4)	46,3 (42,0 à 50,6)
Non	31,3 (27,8 à 34,8)	46,1 (41,9 à 50,3)
Stress perçu (journées)		
Pas du tout stressantes	65,3 (51,3 à 79,2)	61,7 (48,2 à 75,2)
Pas tellement stressantes	46,8 (40,8 à 52,9)	61,4 (55,1 à 67,6)
Un peu stressantes	33,1 (29,0 à 37,2)	49,2 (44,4 à 53,9)
Assez ou extrêmement stressantes	20,0 (16,4 à 23,6)	35,2 (30,4 à 39,9)
Adaptation		
Grande capacité d'adaptation	59,5 (53,6 à 65,5)	61,9 (56,0 à 67,7)
Faible capacité d'adaptation	21,8 (19,1 à 24,5)	40,9 (37,4 à 44,4)
Soutien social perçu		
Grand soutien social	35,5 (32,4 à 38,6)	51,8 (48,2 à 55,3)
Peu de soutien social	14,3 (10,6 à 18,0)	22,8 (17,6 à 28,1)

Abréviations : EPMCC-TAH, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété; IC, intervalle de confiance; Q, quintile.

Remarques : Les résultats à l'autoévaluation de la santé mentale (AESM) ont été considérés comme élevés si les répondants jugeaient que leur santé mentale était très bonne ou excellente. La satisfaction à l'égard de la vie (SV) a été considérée comme élevée lorsque les participants ont attribué à cette composante un score de 8 ou plus sur une échelle de 0 à 10.

[a] Faire preuve de prudence lors de l'interprétation de ces résultats car leur coefficient de variation se situe entre 16,6 % et 33,3 %.

bonne ou excellente. Toutefois, seulement 16 % des personnes souffrant de ces deux troubles ont enregistré un tel score d'AESM. Les niveaux de satisfaction à l'égard de la vie étaient aussi assez élevés, avec un score moyen de 6,98 pour l'ensemble de l'échantillon, et supérieur chez les répondants ayant déclaré n'être atteint que d'un trouble de l'humeur (7,01) ou que d'un trouble d'anxiété (7,49). La prévalence d'une grande SV était significativement plus faible chez les répondants ayant déclaré être atteint à la fois d'un trouble d'anxiété et d'un trouble de l'humeur par rapport aux répondants ayant déclaré n'être atteint que de l'un de ces troubles.

Les analyses bidimensionnelles ont révélé que la prévalence d'une AESM ou d'une SV élevée variait selon les caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé, le fonctionnement, le stress, les capacités d'adaptation et le soutien social. Quant aux comportements d'autogestion, des différences significatives n'ont cependant été observées qu'à propos des heures de sommeil.

Une proportion significativement plus grande d'adultes plus âgés (65 et plus) a enregistré des scores d'AESM plus élevés par rapport aux adultes de 35 à 49 ans. Cette relation était aussi marquée dans les modèles multivariés concernant l'AESM et la SV. Toutefois, avec l'intégration des variables du stress, de l'adaptation et du soutien social dans le modèle de SV, cette relation n'était plus significative. Bien que la littérature laisse entendre que les degrés de maladie mentale et de détresse psychologique seraient plus faibles chez les adultes plus âgés[33], il est intéressant de constater que même chez les adultes souffrant d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété, un âge plus avancé est associé à des degrés de bien-être supérieurs. Il convient donc de déterminer si ces faits sont attribuables à l'âge ou à un effet de cohorte.

Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de présenter des scores élevés d'AESM ou de SV lorsque les variables du stress, de l'adaptation et du soutien social étaient intégrées au modèle. Un revenu plus élevé était associé à de plus grandes probabilités de SV et de meilleurs scores d'AESM, ce qui cadre avec les études montrant qu'un revenu plus élevé est associé à un bien-être subjectif supérieur[34]. Une fois les variables sur la santé ajoutées (modèle 2), ces relations s'atténuaient

TABLEAU 2
Modèles de régression logistique pour la prédiction de résultats élevés à l'autoévaluation de la santé mentale (AESM) chez les Canadiens de 18 ans et plus atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété

	AESM			
	Modèle 1 RC (IC à 95 %)	**Modèle 2 RC (IC à 95 %)**	**Modèle 3 RC (IC à 95 %)**	**Modèle 4 RC (IC à 95 %)**
Sexe				
Hommes	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)
Femmes	1,2 (0,9 à 1,6)	1,2 (0,9 à 1,7)	1,2 (0,9 à 1,7)	1,5 (1,0 à 2,1)[a]
Âge (ans)				
18 à 34	1,4 (0,9 à 2,1)	0,9 (0,6 à 1,5)	0,9 (0,6 à 1,5)	0,9 (0,6 à 1,5)
35 à 49	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)
50 à 64	1,3 (0,9 à 1,8)	1,6 (1,1 à 2,3)[a]	1,5 (1,0 à 2,3)[a]	1,5 (1,0 à 2,2)
65 et plus	1,9 (1,3 à 2,8)[a]	2,3 (1,5 à 3,5)[a]	2,2 (1,5 à 3,4)[a]	1,8 (1,1 à 2,8)[a]
État matrimonial				
Célibataire/jamais marié	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)
Veuf/divorcé/séparé	1,0 (0,6 à 1,4)	0,9 (0,6 à 1,4)	0,9 (0,6 à 1,4)	0,9 (0,5 à 1,5)
Marié/union de fait	1,2 (0,8 à 1,7)	1,0 (0,6 à 1,4)	1,0 (0,7 à 1,5)	1,0 (0,7 à 1,6)
Plus haut niveau de scolarité				
Études secondaires non complétées	1,1 (0,7 à 1,7)	1,0 (0,6 à 1,8)	1,1 (0,6 à 1,9)	1,0 (0,5 à 2,0)
Diplôme d'études secondaires	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)
Études postsecondaires partielles et diplôme d'études postsecondaires	1,0 (0,7 à 1,4)	0,9 (0,6 à 1,3)	0,9 (0,6 à 1,3)	0,9 (0,6 à 1,4)
Quintile ménage et revenu				
Q1 (quintile inférieur)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)
Q2	1,5 (1,0 à 2,2)	1,1 (0,7 à 1,7)	1,0 (0,7 à 1,7)	1,0 (0,6 à 1,8)
Q3	1,7 (1,1 à 2,6)[a]	1,0 (0,6 à 1,6)	1,0 (0,6 à 1,6)	0,9 (0,5 à 1,5)
Q4	1,5 (1,0 à 2,4)[a]	0,8 (0,5 à 1,2)	0,8 (0,5 à 1,3)	0,7 (0,4 à 1,1)
Q5 (quintile supérieur)	2,2 (1,4 à 3,4)[a]	1,1 (0,7 à 1,9)	1,1 (0,7 à 1,9)	0,9 (0,5 à 1,6)
Immigrant				
Oui	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)
Non	1,1 (0,7 à 1,8)	1,3 (0,7 à 2,2)	1,3 (0,7 à 2,3)	1,2 (0,7 à 2,1)
Milieu de vie				
Urbain	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)
Rural	1,3 (0,9 à 1,7)	1,2 (0,9 à 1,7)	1,2 (0,9 à 1,6)	1,3 (0,9 à 1,9)
Autoévaluation de la santé				
Excellente		12,8 (6,3 à 26,3)[a]	12,4 (5,9 à 26,0)[a]	8,1 (3,6 à 18,3)[a]
Très bonne		4,4 (2,5 à 7,8)[a]	4,6 (2,5 à 8,3)[a]	3,1 (1,6 à 6,1)[a]
Bonne		1,5 (0,9 à 2,6)	1,5 (0,9 à 2,7)	1,1 (0,6 à 2,1)
Passable		0,9 (0,5 à 1,7)	0,9 (0,5 à 1,7)	0,8 (0,4 à 1,5)
Mauvaise		1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)
Limitations fonctionnelles				
3 limitations et plus		1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)
1 à 2 limitations		2,3 (1,3 à 4,0)[a]	2,3 (1,3 à 4,0)[a]	2,3 (1,3 à 4,1)[a]
Aucune ou peu de limitations		4,6 (2,8 à 7,5)[a]	4,7 (2,9 à 7,7)[a]	3,3 (2,0 à 5,5)[a]

Suite page suivante

concernant la SV et n'étaient plus significatives pour l'AESM. En raison de la relation réciproque entre les variables de la santé et du revenu, il est important d'étudier cette relation dans de futures recherches. Le niveau de scolarité n'était pas associé à un bien-être supérieur au sein de cette population, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que les effets du niveau de scolarité étaient médiés par le revenu. L'ajout de ces deux variables dans le modèle a donc produit des résultats non significatifs en ce qui concerne la scolarité.

Les personnes mariées ou en union de fait étaient plus susceptibles de déclarer une grande SV que les célibataires et les personnes jamais mariées, les veufs et les divorcés. Ceci cadre avec la littérature, qui indique que le célibat, la séparation, le divorce et le veuvage sont associés à des résultats de santé mentale médiocres[35]. Il semblerait que ce n'est pas tant la relation que la qualité de la relation qui constitue le meilleur facteur de prédiction du bien-être[36]. Les associations significatives que nous avons constatées à propos du soutien social appuient également cette idée.

Par opposition aux conclusions antérieures qui ont mis en évidence les bienfaits de l'exercice pour améliorer l'humeur et le bien-être des personnes souffrant de dépression ou de divers troubles d'anxiété[9,12], le fait de commencer à faire de l'exercice ou de poursuivre ses activités physiques ne s'est pas révélé au sein de notre échantillon comme un comportement d'autogestion associé à des niveaux de bien-être significativement plus élevés. Cependant, la mesure utilisée dans le cadre de notre étude n'englobait pas les niveaux réels d'activité physique, et nous avons exclu les répondants qui avaient déclaré faire déjà de l'exercice. Les travaux de recherche à venir devront utiliser des mesures plus rigoureuses liées à l'activité physique, à la fois les niveaux d'activité physique et les motifs amenant à pratiquer une activité physique. Les répondants qui dormaient de 6 heures à moins de 9 heures par nuit ont déclaré des niveaux de bien-être plus grands que ceux qui dormaient 6 heures ou moins, mais cette relation ne s'est pas maintenue dans les modèles de régression logistique.

Fait plutôt surprenant compte tenu de sa popularité dans les traitements en santé mentale, la méditation ne s'est pas révélée un facteur de prédiction significatif du

TABLEAU 2 (suite)
Modèles de régression logistique pour la prédiction de résultats élevés à l'autoévaluation de la santé mentale (AESM) chez les Canadiens de 18 ans et plus atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété

	AESM			
	Modèle 1 RC (IC à 95 %)	Modèle 2 RC (IC à 95 %)	Modèle 3 RC (IC à 95 %)	Modèle 4 RC (IC à 95 %)
Type de trouble				
Humeur et anxiété		1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)
Humeur seulement		1,7 (1,2 à 2,3)[a]	1,7 (1,2 à 2,3)[a]	1,4 (0,9 à 1,9)
Anxiété seulement		2,3 (1,5 à 3,5)[a]	2,4 (1,6 à 3,6)[a]	2,1 (1,3 à 3,2)[a]
Recours à l'exercice comme mesure d'autogestion de la maladie				
A commencé à faire de l'exercice, puis a continué tous les jours			0,9 (0,5 à 1,5)	
A commencé à faire de l'exercice, puis a continué 4 à 6 fois par semaine			1,1 (0,6 à 1,9)	
A commencé à faire de l'exercice, puis a continué 2 à 3 fois par semaine ou moins			0,7 (0,4 à 1,2)	
A commencé à faire de l'exercice, mais a cessé d'en faire			1,0 (Réf)	
N'a jamais commencé à faire de l'exercice			0,8 (0,5 à 1,4)	
A adopté de bonnes habitudes de sommeil après avoir reçu le diagnostic				
Oui			0,9 (0,7 à 1,3)	
Non			1,0 (Réf)	
Nombre d'heures de sommeil (habituellement) par nuit				
Moins de 6 heures			1,0 (Réf)	
6 heures à moins de 9 heures			1,0 (0,7 à 1,6)	
9 heures ou plus			1,3 (0,7 à 2,2)	
Recours à la méditation comme mesure d'autogestion de la maladie				
Oui			1,2 (0,9 à 1,7)	
Non			1,0 (Réf)	
Stress perçu (journées)				
Pas du tout stressantes				4,3 (1,9 à 9,8)[a]
Pas tellement stressantes				2,4 (1,6 à 3,6)[a]
Un peu stressantes				1,7 (1,2 à 2,4)[a]
Assez ou extrêmement stressantes				1,0 (Réf)

Suite page suivante

bien-être au sein de notre échantillon. Il est difficile d'avancer des hypothèses à ce sujet, puisque nous n'avons pas de précisions quant au type de méditation pratiqué, à la fréquence et à la durée des séances ou à la formation associés aux exercices de méditation des participants. Nos résultats ne sont toutefois pas contradictoires avec ceux de la littérature, qui présente des résultats divers sur l'incidence de la méditation sur le bien-être[18]. Notre étude décrit un échantillon représentatif de la population canadienne souffrant de troubles de l'humeur ou d'anxiété et pratiquant une forme de méditation qu'ils jugent efficace dans un cadre de vie normal. Il s'agit là d'une contribution importante en la matière à la littérature. Il convient toutefois de réaliser des recherches plus poussées avant d'en tirer des conclusions.

Dans les modèles de régression logistique multivariés, un stress moins important, un meilleur soutien social et de meilleures capacités d'adaptation étaient significativement associés à de meilleures probabilités de bien-être. Puisque les capacités d'adaptation englobent souvent des stratégies qui concordent avec les aptitudes mises en valeur dans les séances de traitement[19], il serait raisonnable de penser que les stratégies d'adaptation favorisent le bien-être. De même, les personnes ayant estimé qu'elles bénéficiaient d'un grand soutien social étaient plus susceptibles de présenter des résultats d'AESM et de SV élevés, ce qui cadre avec les conclusions de la littérature sur le bien-être chez les personnes souffrant de troubles de l'humeur ou d'anxiété[18,20].

Points forts et limites

Cette étude porte sur le bien-être au sein d'un échantillon représentatif de la population canadienne à domicile atteinte d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété. Elle fournit une description utile sur la prévalence du bien-être et sur la relation entre bien-être et comportements d'autogestion, niveaux de stress, capacités d'adaptation et degré de soutien social au sein de cette population. Cet échantillon diffère de ceux utilisés dans la plupart des autres études sur le sujet, qui ont plutôt tendance à se concentrer sur de petits échantillons cliniques. De plus, la plupart des études sur la santé mentale portent sur les troubles mentaux et les dysfonctions, alors que la compréhension des corrélats de la santé mentale positive chez les personnes atteintes de troubles mentaux peut fournir des indices importants sur leur potentiel de rétablissement : les résultats de cette étude révèlent qu'il est possible d'atteindre un haut niveau de bien-être même aux prises avec un problème de santé mentale.

Il nous faut cependant faire état de plusieurs limitations significatives. Nous n'avons aucune indication précise sur la situation actuelle des troubles de l'humeur ou d'anxiété dont souffrent les répondants. Lorsque le bien-être est étudié, l'idéal serait de déterminer quels répondants présentent encore des symptômes et lesquels ont vécu un épisode déjà résolu. Nous avons utilisé les limitations fonctionnelles liées aux troubles de l'humeur ou d'anxiété comme

TABLEAU 2 (suite)
Modèles de régression logistique pour la prédiction de resultats élevés à l'autoévaluation de la santé mentale (AESM) chez les Canadiens de 18 ans et plus atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété

	AESM			
	Modèle 1 RC (IC à 95 %)	**Modèle 2 RC (IC à 95 %)**	**Modèle 3 RC (IC à 95 %)**	**Modèle 4 RC (IC à 95 %)**
Adaptation				
Grande capacité d'adaptation				4,2 (3,0 à 6,0)[a]
Faible capacité d'adaptation				1,0 (Réf)
Soutien social perçu				
Grand soutien social				1,7 (1,1 à 2,7)[a]
Peu de soutien social				1,0 (Réf)

Abréviations : AESM, autoévaluation de la santé mentale; IC, intervalle de confiance; Q, quintile; RC, rapport de cotes; Réf, groupe de référence.

Remarques : Les résultats à l'AESM ont été considérés comme élevés si les répondants jugeaient que leur santé mentale était très bonne ou excellente.

Le modèle 1 est le modèle de départ englobant seulement les variables sociodémographiques. Le modèle 2 intègre les variables sociodémographiques et les variables de santé et de fonctionnement. Le modèle 3 intègre ces variables ainsi que les comportements d'autogestion. Le modèle 4 intègre les variables sociodémographiques, les variables de santé et de fonctionnement et les variables du stress, de l'adaptation et du soutien social, mais n'inclut pas les variables d'autogestion.

[a] Statistiquement significatif à $p < 0,05$.

TABLEAU 3
Modèles de régression logistique pour la prédiction de résultats de grande satisfaction à l'égard de la vie (SV) chez les Canadiens de 18 ans et plus atteints d'un trouble anxieux ou de l'humeur

	SV			
	Modèle 1 RC (IC à 95 %)	**Modèle 2 RC (IC à 95 %)**	**Modèle 3 RC (IC à 95 %)**	**Modèle 4 RC (IC à 95 %)**
Sexe				
Hommes	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)
Femmes	1,3 (1,0 à 1,8)	1,3 (1,0 à 1,8)	1,3 (1,0 à 1,8)	1,4 (1,0 à 2,0)[a]
Âge (ans)				
18 à 34	1,8 (1,2 à 2,9)[a]	1,6 (1,0 à 2,5)	1,5 (0,9 à 2,5)	1,6 (1,0 à 2,6)
35 à 49	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)
50 à 64	1,0 (0,7 à 1,5)	1,2 (0,8 à 1,7)	1,1 (0,8 à 1,7)	1,1 (0,7 à 1,6)
65 et plus	1,6 (1,1 à 2,3)[a]	1,7 (1,1 à 2,6)[a]	1,7 (1,1 à 2,6)[a]	1,4 (0,9 à 2,1)
État matrimonial				
Célibataire/jamais marié	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)
Veuf/divorcé/séparé	1,2 (0,8 à 1,9)	1,2 (0,8 à 1,9)	1,2 (0,8 à 1,9)	1,3 (0,8 à 2,0)
Marié/union de fait	1,8 (1,2 à 2,7)[a]	1,7 (1,1 à 2,5)[a]	1,7 (1,1 à 2,6)[a]	1,8 (1,2 à 2,8)[a]
Plus haut niveau de scolarité				
Études secondaires non complétées	1,2 (0,7 à 2,1)	1,2 (0,7 à 2,1)	1,2 (0,7 à 2,1)	1,5 (0,8 à 2,6)
Diplôme d'études secondaires	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)
Études postsecondaires partielles et diplôme d'études postsecondaires	0,9 (0,7 à 1,3)	0,9 (0,6 à 1,3)	0,9 (0,6 à 1,2)	0,9 (0,6 à 1,3)

Suite page suivante

indicateurs indirects de la situation vis-à-vis de la maladie, mais cette mesure n'est pas parfaite.

Les problèmes de sommeil, notamment les périodes de sommeil plus ou moins longues par rapport aux nombres d'heures de sommeil habituelles, figurent parmi les critères de diagnostic des troubles dépressifs majeurs (TDM)[13]. Il est possible que les différences observées, dans le cadre d'analyses univariées, sur le plan du bien-être en fonction de nombre d'heures de sommeil soient fonction de l'épisode de TDM alors en cours.

Le fait qu'il s'agisse d'une enquête transversale ne nous autorise pas à examiner la dimension chronologique des événements : il est impossible de déterminer si c'est le bien-être qui a une influence sur les caractéristiques du stress, de l'adaptation et du soutien social ou si ce sont ces derniers qui ont une influence sur le bien-être. Les deux cas de figure sont dans une certaine mesure envisageables. Des études longitudinales et expérimentales pourraient contribuer à traiter de ces questions. Il est cependant utile de comprendre ces relations au sein d'un large échantillon représentatif de la population, puisqu'elles permettent d'évaluer la généralisabilité des observations tirées d'études de moindre envergure.

Enfin, s'il est vrai que les biais liés aux non-réponses peuvent être à l'origine de certaines des relations observées, l'absence totale de relations significatives entre les comportements d'autogestion et le bien-être laisse entendre que ce n'est pas le cas. (Autrement dit, si les constatations significatives découlaient seulement d'un biais lié aux non-réponses, la relation entre les comportements d'autogestion et le bien-être aurait été positive et significative.)

Conclusion

Lorsque nous avons inclus dans les modèles de régression logistique les caractéristiques sociodémographiques, l'état de santé, le fonctionnement, le stress, l'adaptation et le soutien social, nous avons constaté qu'aucun des comportements d'autogestion n'était significativement associé à un bien-être supérieur, contrairement aux variables du stress, de l'adaptation et du soutien social. Cette constatation laisse penser que des stratégies d'adaptation saines et la perception d'un grand soutien social seraient primordiales chez les Canadiens atteints de

TABLEAU 3 (suite)
Modèles de régression logistique pour la prédiction de résultats de grande satisfaction à l'égard de la vie (SV) chez les Canadiens de 18 ans et plus atteints d'un trouble anxieux ou de l'humeur

	SV			
	Modèle 1 RC (IC à 95 %)	Modèle 2 RC (IC à 95 %)	Modèle 3 RC (IC à 95 %)	Modèle 4 RC (IC à 95 %)
Quintile ménage et revenu				
Q1 (quintile inférieur)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)
Q2	1,1 (0,7 à 1,6)	0,8 (0,5 à 1,3)	0,8 (0,5 à 1,3)	0,8 (0,5 à 1,3)
Q3	1,8 (1,2 à 2,7)[a]	1,2 (0,7 à 1,9)	1,2 (0,7 à 1,9)	1,1 (0,7 à 1,9)
Q4	2,2 (1,5 à 3,4)[a]	1,5 (1,0 à 2,4)	1,5 (0,9 à 2,4)	1,5 (0,9 à 2,4)
Q5 (quintile supérieur)	3,1 (1,9 à 4,9)[a]	2,0 (1,2 à 3,4)[a]	2,0 (1,2 à 3,3)[a]	1,9 (1,1 à 3,4)[a]
Immigrant				
Oui	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)
Non	1,0 (0,6 à 1,7)	1,0 (0,6 à 1,8)	1,1 (0,6 à 1,8)	1,0 (0,6 à 1,7)
Milieu de vie				
Urbain	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)
Rural	1,2 (0,9 à 1,6)	1,2 (0,9 à 1,6)	1,2 (0,9 à 1,6)	1,3 (1,0 à 1,7)
Autoévaluation de la santé				
Excellente		5,4 (2,5 à 11,7)[a]	4,7 (2,1 à 10,6)[a]	3,2 (1,4 à 7,4)[a]
Très bonne		4,7 (2,5 à 9,1)[a]	4,3 (2,2 à 8,3)[a]	3,2 (1,6 à 6,4)[a]
Bonne		2,6 (1,4 à 4,7)[a]	2,4 (1,3 à 4,5)[a]	1,9 (1,0 à 3,6)
Passable		1,7 (0,9 à 3,2)	1,6 (0,9 à 3,0)	1,4 (0,7 à 2,7)
Mauvaise		1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)
Limitations fonctionnelles				
3 limitations et plus		1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)
1 à 2 limitations		1,9 (1,2 à 3,0)[a]	2,0 (1,2 à 3,1)[a]	1,8 (1,1 à 3,0)[a]
Aucune ou peu de limitations		2,3 (1,4 à 3,6)[a]	2,2 (1,4 à 3,6)[a]	1,6 (1,1 à 3,0)
Type de trouble				
Humeur et anxiété		1,0 (Réf)	1,0 (Réf)	1,0 (Réf)
Humeur seulement		1,1 (0,8 à 1,6)	1,2 (0,8 à 1,6)	1,0 (0,7 à 1,4)
Anxiété seulement		1,3 (0,9 à 1,9)	1,3 (0,9 à 1,9)	1,1 (0,8 à 1,7)
Exercice				
A commencé à faire de l'exercice, puis a continué tous les jours			1,5 (0,8 à 2,6)	
A commencé à faire de l'exercice, puis a continué 4 à 6 fois par semaine			1,6 (0,9 à 2,7)	
A commencé à faire de l'exercice, puis a continué 2 à 3 fois par semaine ou moins			1,3 (0,8 à 2,1)	
A commencé à faire de l'exercice, mais a cessé d'en faire			1,0 (Réf)	
N'a jamais commencé à faire de l'exercice			1,0 (0,6 à 1,5)	
A adopté de bonnes habitudes de sommeil après avoir reçu le diagnostic				
Oui			0,8 (0,6 à 1,1)	
Non			1,0 (Réf)	

Suite page suivante

troubles de l'humeur ou d'anxiété pour éprouver un sentiment de bien-être malgré la maladie.

Offrir une aide aux Canadiens souffrant d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété pour leur permettre d'intégrer des réseaux de soutien social solides ou d'en bâtir et les aider à élaborer des stratégies d'adaptation efficaces sont vraisemblablement des objectifs importants à la fois pour les professionnels de la santé mentale et pour les Canadiens atteints de ces troubles. De plus, continuer à miser sur les déterminants sociaux du bien-être, dont le revenu, est tout à fait fondé.

Conflits d'intérêts

Aucun.

Références

1. Commission de la santé mentale du Canada. Changer les orientations, changer des vies : stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Calgary (AB) : Commission de la santé mentale du Canada; 2012.

2. Ryan RM, Deci EL. On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. Annu Rev Psychol. 2001;52(1): 141-166.

3. Lakaski C, Trottier M. Developing an operational definition of positive mental health: final report based on consultation and workshop [rapport non publié]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2009.

4. Organisation mondiale de la santé (OMS). 10 faits sur la santé mentale [Internet]. Genève : OMS [août 2014]. En ligne à : http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/fr/

5. WHOQOL group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci and Med. 1995;41(10):1403-1409.

6. Goldberg JF, Harrow M. Subjective life satisfaction and objective functional outcome in bipolar and unipolar mood disorders: a longitudinal analysis. J Affective Disord. 2005;89(1-3):79-89.

TABLEAU 3 (suite)
Modèles de régression logistique pour la prédiction de résultats de grande satisfaction à l'égard de la vie (SV) chez les Canadiens de 18 ans et plus atteints d'un trouble anxieux ou de l'humeur

	SV			
	Modèle 1 RC (IC à 95 %)	Modèle 2 RC (IC à 95 %)	Modèle 3 RC (IC à 95 %)	Modèle 4 RC (IC à 95 %)
Nombre d'heures de sommeil (habituellement) par nuit				
Moins de 6 heures			1,0 (Réf)	
6 heures à moins de 9 heures			1,2 (0,8 à 1,8)	
9 heures ou plus			1,5 (0,9 à 2,3)	
Recours à la méditation comme mesure d'autogestion de la maladie				
Oui			1,0 (0,7 à 1,4)	
Non			1,0 (Réf)	
Stress perçu (journées)				
Pas du tout stressantes				1,8 (0,9 à 3,7)
Pas tellement stressantes				2,2 (1,5 à 3,4)[a]
Un peu stressantes				1,5 (1,1 à 2,1)[a]
Assez ou extrêmement stressantes				1,0 (Réf)
Adaptation				
Grande capacité d'adaptation				1,9 (1,4 à 2,7)[a]
Faible capacité d'adaptation				1,0 (Réf)
Soutien social perçu				
Grand soutien social				1,9 (1,3 à 2,8)[a]
Peu de soutien social				1,0 (Réf)

Abréviations : IC, intervalle de confiance; Q, quintile; RC, rapport de cotes; Réf, groupe de référence; SV, satisfaction à l'égard de la vie.

Remarques : La satisfaction à l'égard de la vie a été considérée comme élevée si les répondants lui attribuaient un score de 8 ou plus sur une échelle de 0 à 10.

Le modèle 1 est le modèle de départ englobant seulement les variables sociodémographiques. Le modèle 2 intègre les variables sociodémographiques et les variables de santé et de fonctionnement. Le modèle 3 intègre ces variables ainsi que les comportements d'autogestion. Le modèle 4 intègre les variables sociodémographiques, les variables de santé et de fonctionnement et les variables du stress, de l'adaptation et du soutien social, mais n'inclut pas les variables d'autogestion.

[a] Statistiquement significatif à $p < 0,05$.

7. Sarris J, O'Neil A, Coulson CE, Schweitzer I, Berk M. Lifestyle medicine for depression. BMC Psychiatry. 2014;14:107.

8. Ströhle A. Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. J Neural Transm. 2009;116(6):777-784.

9. Bartholomew JB, Morrison D, Ciccolo JT. Effects of acute exercise on mood and well-being in patients with major depressive disorder. Med Sci Sports Exerc. 2005;37(12):2032-2037.

10. Galper DI, Trivedi MH, Barlow CE, Dunn AL, Kampert JB. Inverse association between physical inactivity and mental health in men and women. Med Sci Sports Exerc. 2006;38(1):173-178.

11. Asmundson GJG, Fetzner MG, DeBoer LB, Powers MB, Otto MW, Smits JAJ. Let's get physical: a contemporary review of the anxiolytic effects of exercise for anxiety and its disorders. Depress Anxiety. 2013;30(4):362-373.

12. Knapen J, Sommerijns E, Vancampfort D, et al. State anxiety and subjective well-being responses to acute bouts of aerobic exercise in patients with depressive and anxiety disorders. Br J Sports Med. 2009;43(10):756-759.

13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5e éd. Washington (DC) : American Psychiatric Publications; 2013.

14. Hamilton NA, Nelson CA, Stevens N, Kitzman H. Sleep and psychological well-being. Soc Indic Res. 2007;82(1):147-163.

15. Ryff CD. Psychological well-being in adult life. Curr Dir Psychol Sci. 1995;4(4):99-104.

16. Peth J, Regen F, Bajbouj M, Heuser I, Anghelescu I, Hornung OP. The influence of daytime napping versus controlled activity on the subjective well-being of patients with major depression. Psychiatry Res. 2012;200(2-3):368-373.

17. Leung NT, Lo MM, Lee TM. Potential therapeutic effects of meditation for treating affective dysregulation. Evid Based Complement Alternat Med. 2014;2014:1-7.

18. Galante J, Galante I, Bekkers M, Gallacher J. Effect of kindness-based meditation on health and well-being: a systematic review and meta-analysis. J Consult Clin Psychol. 2014;82(6):1101-1114.

19. Suto M, Murray G, Hale S, Amari E, Michalak EE. What works for people with bipolar disorder? Tips from the experts. J Affect Disord. 2010;124(1):76-84.

20. Brown GW, Harris TO (dir.). Life events and illness. New York : Guilford Press; 1989.

21. Brown GW, Andrews B, Harris T, Adler Z, Bridge L. Social support, self-esteem and depression. Psychol Med. 1986;16(04):813-831.

22. Schiffrin HH, Nelson SK. Stressed and happy? Investigating the relationship between happiness and perceived stress. J Happiness Stud. 2010;11(1):33-39.

23. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: pitfalls and promise. Annu Rev Psychol. 2004;55:745-774.

24. Sin NL, Lyubomirsky S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. J Clin Psychol. 2009;65(5):467-487.

25. Kuehner C, Buerger C. Determinants of subjective quality of life in depressed patients: the role of self-esteem, response styles, and social support. J Affect Disord. 2005;86(2): 205-213.

26. Panayiotou G, Karekla M. Perceived social support helps, but does not buffer the negative impact of anxiety disorders on quality of life and perceived stress. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013;48(2):283-294.

27. O'Donnell S, Cheung R, Bennett K, Lagacé C. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété, 2014 : aperçu de la méthodologie. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques. 2016;36(12):307-21.

28. Statistique Canada. Santé mentale perçue, selon le groupe d'âge et le sexe [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; [modifié le 7 mars 2016]. En ligne à : http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health110d-fra.htm.

29. Orpana H, Vachon J, Dykxhoorn J, McRae L, Jayaraman G. Surveillance de la santé mentale positive et de ses facteurs déterminants au Canada : élaboration d'un cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques. 2016;36(1):1-10.

30. Diener E. Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. Am Psychol. 2000;55(1):34-43.

31. House JS, Umberson D, Landis KR. Structures and processes of social support. Ann Rev Sociol. 1988;14:293-318.

32. Cutrona CE, Russell DW. The provisions of social support and adaptation to stress. Advances Personal Relation. 1987;1:37-67.

33. Jeste DV, Blazer DG, First M. Aging-related diagnostic variations: need for diagnostic criteria appropriate for elderly psychiatric patients. Biol Psychiatry. 2005;58(4):265-71.

34. Diener E, Tay L, Oishi S. Rising income and the subjective well-being of nations. J Pers Soc Psychol. 2013; 104(2):267-76.

35. Lindström M, Rosvall M. Marital status, social capital, economic stress, and mental health: a population-based study. Soc Sci J. 2012;49:339-342.

36. Leach LS, Butterworth P, Olesen SC, Mackinnon A. Relationship quality and levels of depression and anxiety in a large population-based survey. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013;48(3):417-425.

Note de synthèse

Les troubles anxieux et de l'humeur au Canada, 2016

L. McRae, B. Sc.; S. O'Donnell, M. Sc.; L. Loukine, M. Sc.; N. Rancourt, B.A.; C. Pelletier, M. Sc.

Diffuser cet article sur Twitter

Objet du rapport

Le rapport *Les troubles anxieux et de l'humeur au Canada, 2016*[1] est la première publication à présenter des données administratives sur la santé tirées du Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC) pour la surveillance nationale des troubles de l'humeur et d'anxiété chez les Canadiens d' un an ou plus. Il présente les données nationales complètes les plus récentes du SCSMC jusqu'à l'exercice 2009-2010 ainsi que des données sur les tendances couvrant plus d'une décennie (de 1996-1997 à 2009-2010). Les données présentées ici et leurs mises à jour subséquentes sont consultable à partir des *cubes de données de l'Infobase des maladies chroniques* de l'Agence de la santé publique du Canada à www.infobase .phac-aspc.gc.ca. Les cubes de données sont des bases de données interactives qui permettent aux utilisateurs de créer rapidement des tableaux et graphiques à l'aide de leur navigateur Web. Le rapport témoigne de l'engagement de l'Agence de la santé publique du Canada à améliorer la collecte de données et la production de rapports sur les troubles mentaux, conformément aux recommandations de *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*[2].

Troubles de l'humeur et d'anxiété

Les troubles de l'humeur et d'anxiété constituent les types de maladie mentale les plus courants aussi bien au Canada qu'ailleurs dans le monde. Alors que les troubles de l'humeur sont caractérisés par des variations, à la hausse ou à la baisse, de l'humeur de la personne touchée, les troubles d'anxiété sont caractérisés par des sentiments extrêmes et persistants d'appréhension, d'anxiété et même de peur. Ces deux types de trouble peuvent avoir de grandes répercussions sur la vie quotidienne des personnes qui en sont atteintes et ils vont d'épisodes uniques, de courte durée, à la maladie chronique. La combinaison de soins professionnels et d'une utilisation active des stratégies d'autogestion peut favoriser le rétablissement et améliorer le bien être des personnes touchées par ces troubles, leur permettant de mener une vie active et bien remplie.

Système canadien de surveillance des maladies chroniques

Le SCSMC est un réseau de collaboration de systèmes provinciaux et territoriaux de surveillance, financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Il relève les cas de maladies chroniques dans les bases de données administratives sur la santé provinciales et territoriales, dont les réclamations de facturation des médecins et les congés des patients des hôpitaux, qui sont jumelées aux registres de l'assurance-maladie provinciaux et territoriaux. Le régime d'assurance maladie provincial ou territorial enregistre les données sur tous les résidents admissibles (environ 97 % de la population canadienne) dans les registres de l'assurance maladie, ce qui rend la couverture du SCSMC presque universelle. Les définitions de cas sont appliquées à ces bases de données reliées puis les données obtenues sont regroupées au niveau provincial et territorial avant d'être soumises à l'Agence de la santé publique du Canada afin d'être diffusées aux niveaux provincial, territorial et national.

En 2010, l'Agence de la santé publique du Canada a élargi la portée du SCSMC au suivi des maladies mentales en général et aux troubles de l'humeur et d'anxiété au sein de la population canadienne, ainsi

Points saillants

- *Les troubles anxieux et de l'humeur au Canada, 2016* fournit des estimations annuelles de la prévalence de l'utilisation des services de santé pour les troubles anxieux et de l'humeur au Canada sur une période de 14 années (1996-1997 à 2009-2010). Les données de la dernière année (2009-2010) sont présentées selon le groupe d'âge, le sexe et le secteur géographique. Le rapport offre également de l'information sur la prévalence des comorbidités chez les personnes qui utilisent les services de santé pour les troubles de l'humeur et d'anxiété, ainsi que sur les défis spécifiques que présente la surveillance de ces troubles.
- D'après les principaux résultats du rapport, environ 1 Canadien sur 10 (soit un total de 3,5 millions) a utilisé annuellement les services de santé pour les troubles anxieux et de l'humeur et on retrouve les plus hauts taux chez les adolescentes et les femmes adultes, les adultes d'âge moyen et les aînés, ainsi que chez les personnes atteintes d'autres maladies chroniques, en particulier l'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique.
- Le rapport vise à combler des lacunes importantes dans les connaissances en décrivant l'utilisation des services de santé pour les troubles de l'humeur et d'anxiété chez les enfants et adolescents au Canada et en fournissant des données sur les jeunes de moins de 15 ans.
- Le rapport témoigne également de l'engagement de l'Agence de la santé publique du Canada à améliorer la collecte de données et la production de rapports sur les troubles mentaux, conformément aux recommandations de *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada.*

Rattachement des auteurs :

Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Louise McRae, Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Centre de prévention des maladies chroniques, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-853-7222; téléc. : 613-941-2057; courriel : louise.mcrae@phac-aspc.gc.ca

qu'à l'élaboration de rapports sur le sujet. Dans le SCSMC, une personne est considérée comme ayant eu recours aux services de santé pour une maladie mentale si son dossier est associé au cours de l'année à au moins une réclamation de facturation d'un médecin ou un congé de l'hôpital indiquant des codes de troubles anxieux et de l'humeur de la 9e ou de la 10e édition de la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La surveillance des troubles de l'humeur et des troubles d'anxiété en tant qu'entités distinctes n'a pas été possible en raison du manque de précision des diagnostics et des données recueillies. L'expression « troubles de l'humeur et d'anxiété » fait donc référence dans le rapport aux personnes qui ont utilisé des services de santé soit pour des troubles de l'humeur, soit pour des troubles d'anxiété soit pour les deux troubles concomitants.

Le SCSMC peut intégrer les dossiers de personnes qui ne remplissent pas tous les critères diagnostiques normalisés de troubles de l'humeur et d'anxiété mais à qui on a attribué un code diagnostique selon une évaluation clinique. À l'inverse, le SCSMC ne prend pas en compte les personnes qui remplissent tous les critères diagnostiques normalisés de troubles de l'humeur et d'anxiété mais à qui aucun code diagnostique pertinent n'a été attribué (incluant celles qui ont utilisé des services de santé mais dont le dossier n'a pas été saisi dans les bases de données administratives sur la santé de la province ou du territoire et celles qui n'ont pas utilisé de services de santé du tout). Les estimations du SCSMC représentent donc la prévalence de l'utilisation des services de santé pour des troubles de l'humeur et d'anxiété plutôt que la prévalence des troubles de l'humeur et d'anxiété diagnostiqués.

Principaux résultats

Environ les trois quarts des Canadiens qui utilisent chaque année des services de santé pour des maladies mentales ont consulté pour des troubles de l'humeur et d'anxiété. En 2009 2010, près de 3,5 millions de Canadiens (10 %) ont utilisé des services de santé pour des troubles de l'humeur et d'anxiété. Quoiqu'élevée, la proportion de Canadiens utilisant des services de santé pour ces troubles est demeurée relativement stable de 1996-1997 à 2009-2010 (prévalence normalisée selon l'âge : 9,4 à 10,5 %). La prévalence la plus élevée a été observée chez les 30 à 54 ans, puis chez les 55 ans et plus. L'augmentation relative la plus importante de la prévalence a été observée quant à elle chez les jeunes enfants et les adolescents (5 à 14 ans), quoique, en chiffres absolus, cette augmentation ait été de moins de 1 %.

Les adolescentes et les femmes adultes, en particulier celles d'âge moyen, étaient davantage susceptibles d'utiliser des services de santé pour des troubles de l'humeur ou d'anxiété que les hommes du même âge. Une combinaison de facteurs comportementaux, biologiques et socioculturels peut expliquer cet écart selon le sexe. Par ailleurs, les garçons de 5 à 9 ans étaient plus susceptibles d'utiliser des services de santé pour des troubles de l'humeur et d'anxiété que les filles du même âge. Cela pourrait s'expliquer par la cooccurrence fréquente des troubles de l'humeur et d'anxiété et des troubles de conduite ou de déficit de l'attention avec hyperactivité, lesquels font l'objet d'un diagnostic plus fréquent chez les garçons de cet âge.

En 2009-2010, la prévalence annuelle normalisée selon l'âge de l'utilisation des services de santé pour des troubles de l'humeur et d'anxiété était la plus élevée en Nouvelle Écosse (11,6 %) et la plus faible dans les Territoires du Nord Ouest (5,8 %). Des écarts d'une province ou d'un territoire à l'autre ont été observés au cours de la période de surveillance, notamment une augmentation annuelle significative de la prévalence normalisée selon l'âge en Saskatchewan, au Manitoba, au Nouveau Brunswick, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador, ainsi qu'une diminution annuelle significative en Ontario. Ces écarts pourraient être expliqués, en partie, par des différences dans les pratiques de dépistage et de traitement, ainsi que par des différences en matière de codage des données, d'entrées dans les bases de données, de modèles de rémunération et de pratiques de facturation.

Une prévalence plus élevée d'asthme et de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et, dans une moindre mesure, de cardiopathie ischémique, de diabète et d'hypertension a été observée chez les personnes ayant utilisé des services de santé pour des troubles de l'humeur et d'anxiété par rapport à celles qui n'ont pas utilisé ces services. Même si le lien entre ces maladies demeure mal compris, il est clair que les personnes atteintes de troubles dépressifs et anxieux courent un risque accru de présenter d'autres maladies ou affections chroniques, et que les personnes qui ont une maladie ou une affection physique chronique ont un risque accru de souffrir de troubles dépressifs et anxieux.

Objectifs futurs

Les activités à venir du SCSMC liées aux troubles de l'humeur et d'anxiété portent notamment sur la poursuite de la collecte et de la diffusion de données à leur sujet, sur la mise au point d'une approche visant l'étude de la chronicité de ces troubles et sur l'étude des maladies et affections comorbides.

Remerciements

Les troubles anxieux et de l'humeur au Canada, 2016[1] a été rendu possible grâce à la contribution des membres (anciens et actuels) du Groupe de travail du SCSMC sur les maladies mentales, du Comité scientifique du SCSMC, du Comité consultatif sur la surveillance des maladies mentales et du Groupe de travail technique du SCSMC.

Le rapport a également été rendu possible grâce à la collaboration entre l'ASPC et les gouvernements respectifs de l'Alberta, de la Colombie-Britannique, du Manitoba, du Nouveau-Brunswick, de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Nouvelle-Écosse, des Territoires du Nord-Ouest, de l'Ontario, de l'Île-du-Prince-Édouard, du Québec et de la Saskatchewan. Les opinions, les résultats, et les conclusions de ce rapport sont ceux des auteurs. Aucun endossement de la part des provinces et du territoire ne devrait être déduit ou inferré.

Références

1. Agence de la santé publique du Canada. Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : Les troubles anxieux et de l'humeur, 2016. Ottawa (Ont) : Agence de la santé publique du Canada; 2016. [Catalogue HP35-70/2016F-PDF]. En ligne à : http://healthycanadians.gc.ca/publications/diseases-conditions-maladies-affections/mood-anxiety-disorders-2016-troubles-anxieux-humeur/alt/mood-anxiety-disorders-2016-troubles-anxieux-humeur-fra.pdf

2. Commission de la santé mentale du Canada. Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Calgary (Alb.) : Commission de la santé mentale du Canada; 2012. En ligne à : http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy_Strategy_FRE.pdf

Aperçu

Blessures associées aux planches gyroscopiques traitées dans les services d'urgence au Canada : plate-forme électronique du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes, 2015-2016

M. T. Do, Ph. D. (1,2); S. McFaull, M. Sc. (1); J. Cheesman (1); T. Mersereau, M. Sc. (3); D. P. Rao, Ph. D. (1); J. Crain, M.A. (1); W. Thompson, M. Sc. (1)

Diffuser cet article sur Twitter

Introduction

Le Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT)[1] est un système de surveillance des blessures et des intoxications qui a été mis en place en 1990 pour améliorer la disponibilité en données récentes de surveillance au Canada. Le SCHIRPT, financé et administré par l'Agence de la santé publique du Canada, est actuellement utilisé dans 11 hôpitaux pédiatriques et 6 hôpitaux généraux à l'échelle du Canada. Ce compte rendu vise à donner un aperçu des blessures associées aux planches gyroscopiques déclarées au moyen de la plate-forme électronique du SCHIRPT (eSCHIRPT) au 7 juillet 2016.

Méthodologie

Une planche gyroscopique (aussi appelée « gyroskate », « planche autoéquilibrante » ou « hoverboard ») est un véhicule autoéquilibrant à deux roues semblable à une planche à roulettes, sans guidon et alimenté par pile. Sa vitesse peut atteindre 20 km/heure. Nous avons réalisé une recherche textuelle dans la base de données de l'eSCHIRPT le 7 juillet 2016 afin de recenser les blessures associées aux planches gyroscopiques. Les événements déclarés ont été trouvés en entrant les expressions suivantes dans le champ de description de la blessure : « hover » (planche gyroscopique) et « self » + « balanc » + « scooter » (« planche » + « auto » + « équilibrante »). Afin que les résultats soient exhaustifs, des termes additionnels ont également été pris en compte (p. ex. « swagway », « segway », « planche de hover » et « hover planche »). Nous avons procédé à des vérifications manuelles afin de garantir l'exactitude et la précision des événements trouvés.

Résultats

La première blessure associée à une planche gyroscopique a été signalée dans l'eSCHIRPT en octobre 2015. En date du 7 juillet 2016, 35 cas avaient été enregistrés dans l'eSCHIRPT (tableau 1). Ces cas étaient répartis également entre hommes et femmes. L'âge moyen au moment de la blessure était de 12,7 ans (ET = 5,0). La plupart des blessures (n = 20) ont entraîné une fracture au niveau du bras, du coude, de l'avant-bras ou du poignet (tableau 2). Sur les 35 cas déclarés, 19 ont nécessité des traitements à l'urgence et un suivi. La majorité des blessures se sont produites à l'intérieur (n = 23), au cours des mois de décembre et de janvier.

Analyse

Les planches gyroscopiques, un produit grand public, sont commercialisées au Canada depuis juin 2015. Notre recherche révèle que les planches gyroscopiques ont été utilisées en majorité près de la période des Fêtes. Bien que nos données ne fassent pas mention d'incendies ou d'explosions attribuables aux piles des planches gyroscopiques comme cela est arrivé aux États-Unis[2], il est surprenant de constater que les planches gyroscopiques ont souvent

TABLEAU 1
Caractéristiques des blessures associées aux planches gyroscopiques

Caractéristiques	Nombre
Sexe	
Masculin	18
Féminin	17
Âge (ans)	
5 à 9	6
10 à 14	26
15 à 19	2
30 à 39	1
Moyenne (ET)	12,7 (5,0)
Lieu de la blessure	
Intérieur	23
Extérieur	10
Non indiqué	2
Emplacement	
Chambre à coucher	2
Hall, foyer	3
Cuisine	2
Salle à manger, cafétéria	1
Salon, salle familiale, salle de jeu	5
Sous-sol, cave	7
Chaussée, espace pavé	2
Entrée de cour	1
Trottoir, sentier, arrêt d'autobus	2
Jardin, cour	4
Emplacement inconnu	6

Abréviation : ET, écart-type.

Rattachement des auteurs :

1. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
3. Direction de la sécurité des produits de consommation, Santé Canada, Ottawa (Ontario), Canada

TABLEAU 2
Caractéristiques des blessures

Caractéristiques	Nombre
Nature de la blessure	
Blessure superficielle (y compris les contusions et les abrasions)	2
Plaie ouverte (y compris les coupures mineures et les lacérations)	1
Fracture	20
Dislocation (y compris les subluxations vertébrales)	2
Entorse ou foulure (y compris du haut et du bas du dos)	2
Lésion des tissus mous, sans autre précision	5
Traumatisme crânien fermé mineur	1
Commotion cérébrale	2
Partie du corps	
Tête	3
Bas du dos	1
Épaule (y compris la scapula)	1
Bras (y compris l'humérus)	1
Coude	4
Avant-bras (y compris, le radius et l'ulna)	9
Poignet (y compris le carpe)	5
Main (y compris les os métacarpiens)	1
Doigt ou pouce	4
Genou (y compris la patella)	2
Cheville (y compris les os du tarse)	1
Orteils	3
Prise en charge	
Conseils seulement, tests diagnostiques, aiguillage vers un omnipraticien (aucun traitement à l'urgence)	7
Traitement à l'urgence avec suivi au besoin	6
Observation à l'urgence avec suivi au besoin	1
Observation à l'urgence, suivi nécessaire	2
Traitement à l'urgence, suivi nécessaire	19

été utilisées à l'intérieur. Leur utilisation dans des lieux confinés devrait être évitée, car elles peuvent causer un incendie en cas de défaillance. En outre, le port d'équipement de protection adéquat est recommandé pendant l'utilisation, notamment un casque, des protège-genoux, des protège-coudes et des protège-poignets. Ces précautions réduiront le risque de fractures, d'entorses ou d'autres blessures en cas de chute.

Limites

Il est important de signaler que notre échantillon n'est pas pleinement représentatif de la population canadienne. Les adolescents plus âgés et les adultes, les Autochtones et les personnes vivant en milieu rural sont sous-représentés dans la base de données de l'eSCHIRPT car ce système est principalement utilisé par des hôpitaux pédiatriques situés dans de grands centres urbains. Les blessures mortelles sont également sous-représentées dans la base de données de l'eSCHIRPT car les données des services d'urgence n'incluent pas les personnes décédées avant leur transport à l'hôpital ou après leur admission.

Références

1. Crain J, McFaull S, Thompson W et collab. Rapport d'étape – Le Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes : un système de surveillance des blessures dynamique et novateur. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2016;36(6):112-117.

2. US Consumer Product Safety Commission (CPSC). Self-balancing scooters/hoverboards recalled by 10 firms due to fire hazard [Internet]. Bethesda (MD): CPSC; 2016 [consultation le 12 juillet 2016]. Consultable en ligne à la page : http://www.cpsc.gov/en/Recalls/2016/Self-Balancing-Scooters-Hoverboards-Recalled-by-10-Firms/

Autres publications de l'ASPC

Les chercheurs de l'Agence de la santé publique du Canada contribuent également à des travaux publiés dans d'autres revues. Voici quelques articles publiés en 2016.

Carson V, Hunter S, Kuzik N, [...] **Connor Gorber S**, et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: an update. Appl Physiol Nutr Metab. 2016;41(6):S240-S265.

Chaput JP, Gray CE, Poitras VJ, [...] **Connor Gorber S**, et al. Systematic review of the relationships between sleep duration and health indicators in school-aged children and youth. Appl Physiol Nutr Metab. 2016;41(6):S266-S282.

Liu S, Joseph KS, **Luo W**, **León JA**, et al. Effect of folic acid food fortification in Canada on congenital heart disease subtypes. Circulation. 2016;134(9):647-655.

Mathu-Muju KR, McLeod J, Walker ML, **Chartier M**, Harrison RL. The children's oral health initiative: an intervention to address the challenges of dental caries in early childhood in Canada's First Nation and Inuit communities. Can J Public Health. 2016;107(2):e188-e193.

Mudryj AN, **de Groh M**, Aukema HM, Yu N. Folate intakes from diet and supplements may place certain Canadians at risk for folic acid toxicity. Br J Nutr. 2016;116(7):1-10.

Poitras VJ, Gray CE, Borghese MM, [...] **Connor Gorber S**, et al. Systematic review of the relationships between objectively measured physical activity and health indicators in school-aged children and youth. Appl Physiol Nutr Metab. 2016;41(6):S197-S239.

Saunders TJ, Gray CE, Poitras VJ, [...] **Connor Gorber S**, et al. Combinations of physical activity, sedentary behaviour and sleep: relationships with health indicators in school-aged children and youth. Appl Physiol Nutr Metab. 2016;41(6):S283-S293.

Shields ME, **Hovdestad WE**, **Pelletier C**, **Dykxhoorn JL**, **O'Donnell SC**, **Tonmyr L**. Childhood maltreatment as a risk factor for diabetes: findings from a population-based survey of Canadian adults. BMC Public Health. 2016;16(1):879.

Tremblay MS, Carson V, Chaput JP, **Connor Gorber S**, et al. Canadian 24-hour movement guidelines for children and youth: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. Appl Physiol Nutr Metab. 2016;41(6):S311-S327.